

CONTRIBUTION A L'ETUDE  
de la  
**Tuberculose génitale de la femme**

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 16 Mars 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DAVID (Ghidale)

né le 20 Juin 1905, à Calugareni (Neamtz) (Roumanie)

|                          |   |                                |            |
|--------------------------|---|--------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse : | { | MM. MICHEL, Professeur . . . . | Président. |
|                          |   | RICHON, Professeur . . . .     | Juges.     |
|                          |   | BINET, Agrégé . . . . .        |            |
|                          |   | BODART, Agrégé . . . . .       |            |

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées  
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY  
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS  
28, Rue de Solignac  
1935





Digitized by the Internet Archive  
in 2026



CONTRIBUTION A L'ETUDE  
de la  
**Tuberculose génitale de la femme**

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 16 Mars 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DAVID (Ghidale)

né le 20 Juin 1905, à Calugareni (Neamtz) (Roumanie)

|                          |   |                                |            |
|--------------------------|---|--------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse : | { | MM. MICHEL, Professeur . . . . | Président. |
|                          |   | RICHON, Professeur . . . .     | Juges.     |
|                          |   | BINET, Agrégé . . . . .        |            |
|                          |   | BODART, Agrégé . . . . .       |            |

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées  
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY  
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS  
28, Rue de Solignac

1935

# Université de Nancy - Faculté de Médecine

*Doyen:* M. L. SPILLMANN, O \*, I \*

*Professeurs honoraires:* MM. NICOLAS, \*, I \*; WEISS, O \*, I \*;  
BOUIN, O \*, I \*; ANCEL, \*, I \*; GARNIER, \*, I \*; MACÉ, \*, I \*;  
P. PARISOT, O \*, I \*; DUFOUR, \*, I \*; G. THIRY, \*, I \*.

## PROFESSEURS:

|                                                  |                           |
|--------------------------------------------------|---------------------------|
| Anatomie pathologique .....                      | M. L. HOCHÉ, O *, I *     |
| Clinique médicale .....                          | M. G. ETIENNE, O *, I *   |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. | M. L. SPILLMANN, O *, I * |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie. | M. FROELICH, *, I *       |
| Physiologie .....                                | M. M. LAMBERT, *, I *     |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....      | M. A. FRUHNHOLZ, O *, I * |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....          | M. P. JACQUES, *, I *     |
| Clinique de chirurgie urinaire .....             | M. P. ANDRÉ, *, I *       |
| Histologie .....                                 | M. R. COLLIN, *, I *      |
| Anatomie descriptive .....                       | M. M. LUCIEN, *, I *      |
| Clinique chirurgicale .....                      | M. G. MICHEL, *, I *      |
| Clinique médicale .....                          | M. L. RICHON, *, I *      |
| Chimie médicale .....                            | M. H. ROBERT, *, I *      |
| Thérapeutique .....                              | M. M. PERRIN, *, I *      |
| Hygiène et médecine préventive .....             | M. J. PARISOT, C *, I *   |
| Clinique chirurgicale .....                      | M. HAMANT, *, I *         |
| Clinique ophtalmologique .....                   | M. P. JEANDELIZE, *, I *  |
| Hydrologie .....                                 | M. SANTENOISE, *, A *, *  |
| Clinique des maladies des enfants .....          | M. L. CAUSADE, *, I *     |
| Bactériologie .....                              | M. DE LAVERGNE, *, I *    |
| Professeurs sans chaire .....                    | M. L. JOB, *, I *         |
|                                                  | M. WATRIN, *, I *         |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

|                                           |                                       |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| Clinique des maladies tuberculeuses ..... | M. M. PERRIN, *, I *, professeur.     |
| Pathologie générale .....                 | M. P. SIMONIN, A *, agrégé.           |
| Clinique gynécologique .....              | M. P. SIMONIN, A *, agrégé.           |
| Pathologie externe .....                  | M. A. BINET, *, I *, agrégé libre.    |
| Clinique des maladies contagieuses .....  | M. GUILLEMIN, A *, agrégé.            |
| Pronécutique dermatologique .....         | M. DE LAVERGNE, *, I *, professeur.   |
| Médecine opératoire .....                 | M. WATRIN, *, I *, prof. s. chaire.   |
| Electrothérapie et radiologie .....       | M. M. BARTHÉLEMY, *, I *, ag. 1.      |
| Accouchements (cours théorique) .....     | M. G. LAMY, *, I *, ch. du c., ag. 1. |
| Obstétrique .....                         | M. JOB, *, I *, prof. sans chaire.    |
| Clinique pronécutique médicale .....      | M. VERMELIN, *, A *, agrégé.          |
| Anatomie et Médecine légale .....         | M. DROUET, A *, agrégé.               |
| Pathologie interne .....                  | M. MUTEL, *, I *, agrégé.             |
| Clinique des maladies mentales .....      | M. ABEL, *, I *, agrégé.              |
| Education physique (1) .....              | M. HAMÉL, *, docteur.                 |
| Physiologie du travail .....              | M. L. MERKLEN, A *, agrégé.           |
| Clinique neurologique (1) .....           | M. L. MERKLEN, A *, agrégé.           |
| Pronécutique O.-R.-L. (1) .....           | M. MICHON, docteur.                   |
| Parasitologie .....                       | M. AUBRIOT, docteur.                  |
|                                           | M. DOMBRAY, docteur.                  |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE:

|                  |                  |                    |
|------------------|------------------|--------------------|
| MM. MERKLEN, A * | MM. POURSIÈNES.  | MM. GUILLEMIN, A * |
| FLORENTIN.       | MELNOTTE, O *    | ABEL, *, A *       |
| BODART.          | MUTEL, *, I *    | DROUET, A *        |
| CHALNOT.         | VERMELIN, *, A * | SIMONIN, A *       |
| WOLFF.           |                  |                    |

## AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, \*, I \*; S. RÉMY, I \*; BUSQUET, I \*;  
M. FAIRISSE, I \*; BINET, \*, I \*; BARTHÉLEMY, \*, I \*; LAMY, \*, I \*.

M. E. TRIBOLET, I \*, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MES CHERS PARENTS

*En reconnaissance de tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi, ce modeste témoignage de ma profonde affection.*

A MES SŒURS

A MA NIÈCE

A MES BEAUX-FRÈRES

A MON AMI I. CATZ

*Que mon cœur réunit dans une même et inaltérable affection.*

*Meis et Amicis*

*A mon Maître et Président de Thèse*

M. LE PROFESSEUR GASTON MICHEL

Professeur de Clinique chirurgicale  
Chevalier de la Légion d'honneur

*Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.*

*A mes Juges:*

M. LE PROFESSEUR RICHON

Professeur de Clinique médicale  
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

Chargé du Cours de Clinique gynécologique  
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

*Qui nous ont fait le grand honneur  
de juger notre thèse inaugurale.  
Témoignage de notre reconnaissance.*

*A tous ceux  
qui par leur enseignement ou par leur exemple  
ont contribué à ma formation médicale*

## INTRODUCTION

---

Durant les trente dernières années, le traitement de la tuberculose génitale chez la femme fut l'objet de nombreuses discussions dans les Congrès de Gynécologie.

Les auteurs apprécient différemment l'importance même de la tuberculose de ces organes, de sorte que leurs opinions sont radicalement opposées.

Pour KRONIG, PESTALOZZA, WEIBEL, la tuberculose annexielle est d'un pronostic favorable, attendu que cette affection n'entraîne jamais ou du moins très rarement, une issue mortelle.

Au contraire, SCHANTA, MARTIN, FRANQUÉ, y voient le point de départ de complications graves, mettant la vie des malades en péril. Ces opinions différentes ont évidemment une répercussion sur les idées que se font les auteurs sur le traitement de la tuberculose annexielle (KELLER).

Depuis qu'en 1886, HÉGAR a préconisé l'ablation large des organes génitaux tuberculeux, nous voyons cette méthode progresser pour arriver à l'enthousiasme chirurgical qui est représenté par la thèse radicale défendue par J.-L. FAURE et qui recueillit le plus grand nombre des suffrages au Congrès de Rome.

Depuis lors, la découverte et les perfectionnements techniques apportés dans l'emploi des agents physiques (héliothérapie, rayons ultra-violet, radiothérapie), les succès isolés réalisés depuis quelques années par l'adjonction d'un traitement biologique (tuberculinothérapie, allergine, sérum de Jousset, Maragliano) et qui n'ont pas encore été l'objet d'une étude d'ensemble ont fortement ébranlé l'enthousiasme chirurgical et sont venus renforcer considérablement le parti des abstentionnistes (ROCHAT, Congrès de Gynécologues de langue française, octobre 1933).

C'est à la suite d'une opération conservatrice pratiquée par notre Maître M. le Professeur BODART, en 1930, que nous avons pu juger l'influence heureuse de l'association d'un traitement physiothérapique et médical (médicamenteux et biologique). La malade a été suivie pendant quatre années.

Une intervention pratiquée sur les deux annexes par notre Maître, M. le Professeur BINET et les bons résultats obtenus par les rayons ultra-violet dans l'accélération de la guérison et de la cicatrisation de la plaie post-opératoire ainsi que les excellents résultats obtenus par notre Maître, M. le Professeur MICHEL par la laparatomie et la physiothérapie post-opératoire dans toutes les formes de la tuberculose annexielle, nous ont permis de confirmer le rôle important de cette thérapeutique conservatrice et d'y diriger notre travail.

Nous essayerons de montrer à chaque chapitre les raisons qui nous ont poussé à diriger la thérapeuti-

que de la tuberculose annexielle vers la conservation ou vers l'abstention de tout traitement chirurgical sur les annexes.

Ces raisons seront surtout développées au chapitre des principes thérapeutiques.

Avant de passer à cette étude, nous considérons comme notre devoir d'exprimer ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance à notre Maître, M. le Professeur MICHEL, pour son appui bienveillant, ses précieux conseils qui nous ont servi comme guide dans la rédaction de notre chapitre des « principes thérapeutiques ».

Nous exprimons ici l'hommage de notre sincère reconnaissance à M. le Professeur BINET pour les conseils bienveillants et éclairés qu'il nous a donnés au cours de ce travail; nous avons été très touché de l'intérêt et de l'affectueuse sympathie qu'il nous a constamment portés; nous garderons toujours le souvenir de ses belles conférences et de son aimable accueil.

Nous témoignons aussi notre gratitude à M. le Professeur agrégé BODART, qui a bien voulu nous fournir des documents très intéressants et utiles à notre travail.

---

## CHAPITRE PREMIER

### ÉTIOLOGIE

---

Avant d'aborder l'étude des causes qui déterminent la localisation du bacille de Koch sur les annexes, il nous paraît utile de faire une précision qui est habituellement omise, c'est la distinction entre la tuberculose génitale évolutive, la seule rencontrée en clinique et les lésions tuberculeuses anatomiques de l'appareil génital. Beaucoup de raisons, sur lesquelles nous reviendrons, démontrent leur existence plus ou moins longtemps *latente, avant toute manifestation clinique*.

Il y a donc deux chapitres à envisager dans l'étiologie de la tuberculose génitale: *l'étiologie de la lésion tuberculeuse elle-même*, et les causes occasionnelles de ses poussées évolutives.

Dans l'immense majorité des cas, la tuberculose génitale féminine *n'est pas une lésion primitive au sens vrai du mot*, c'est-à-dire anatomique: *elle est associée et secondaire à un chancre d'inoculation de tuberculose* qui est situé dans quelque autre organe.

La tuberculose génitale procède d'une contagion par inhalation avec son chancre d'inoculation pulmonaire et la pléiade de ganglions médiastinaux

(Küss), plus rarement d'une contagion par ingestion avec inoculation des ganglions mésentériques.

Seule l'inoculation sexuelle du bacille de Koch permettrait de concevoir une tuberculose génitale primitive, mais ce mécanisme de transmission, est très exceptionnel.

Des recherches expérimentales ont démontré que ce mode de transmission est très rare et la conclusion quasi unanime a été que la tuberculose génitale débute le plus souvent par les trompes et *qu'elle est d'origine sanguine*.

*La tuberculose annexielle est le plus souvent la seule manifestation clinique de tuberculose évolutive.*

*La tuberculose annexielle est rarement une lésion isolée mais est associée le plus souvent aux autres foyers qui sont ou non en évolution.*

Ces notions nous paraissent d'une importance capitale pour notre travail car elles nous montrent que les femmes atteintes de tuberculose annexielle sont avant tout des tuberculeuses et si elles subissent avec succès la cure chirurgicale, *il en reste toujours des foyers qui peuvent donner plus tard une poussée évolutive. La raison d'un traitement exclusivement chirurgical nous paraît donc illogique* et nous tâcherons de montrer dans notre travail les raisons d'une association d'un traitement médical physiothérapique ou biologique au traitement chirurgical.

*La tuberculose annexielle est essentiellement une maladie des femmes jeunes* qui sont dans la période d'activité de leur vie génitale: le maximum de fréquence est entre 20 et 30 ans.

En règle générale, la tuberculose génitale se révèle après la puberté, dans les années qui suivent l'instauration des règles et la mise en activité de l'appareil génital (tuberculose ascitique des jeunes filles).

Sur seize observations de LENORMANT, sept spécifient que les premiers accidents cliniques se sont manifestés pendant la période menstruelle, ou bien qu'à l'occasion de plusieurs menstruations successives, ils se sont répétés, progressivement aggravés.

Or, l'ovaire, la trompe, subissent un bouleversement considérable au moment de la puberté et ils sont périodiquement congestionnés au moment de l'ovulation: c'est ce qui explique pourquoi la tuberculose tubaire est si fréquemment, et presque exclusivement rencontrée chez la femme pendant la durée de sa vie génitale et pourquoi aussi on la trouve assez souvent chez les vierges.

Parmi les causes occasionnelles de poussées évolutives, il faut noter :

a) *Le mariage*, par la suractivité fonctionnelle de l'appareil génital de la femme et la congestion ainsi déterminée au niveau des organes pelviens, par les troubles généraux que subit l'organisme de la jeune fille en devenant femme, peut-être à l'origine de la tuberculose tubaire, soit qu'il y ait fixation du bacille de Koch sur les trompes antérieurement saines, soit qu'il y ait réveil d'anciennes lésions torpides ou paraissant guéries (GOODAL, 1907).

Une observation de GAUVÉ et GRIMAULT nous montre l'influence fâcheuse du mariage qui révèle souvent la tuberculose génitale.

Dans l'observation de M. BODART, les premières poussées douloureuses ont été réveillées après les premiers mois de vie sexuelle.

*La puerpéralité.* — En règle générale, la stérilité précède, accompagne et suit la localisation génitale de la tuberculose. « Tout se passerait, écrivent notre Maître, le professeur FRUHINSHOLZ et FEUILLADE, comme si ces femmes que l'on opère de tuberculose n'avaient presque jamais eu de vie génitale fertile au préalable.

Par les modifications profondes qu'elle provoque dans l'intimité des tissus génitaux, la grossesse peut être la cause d'une inoculation bacillaire des trompes; mais plus fréquemment elle révèle des lésions tuberculeuses préexistantes silencieuses et les aggrave considérablement. VAUTRIN cite le cas d'une femme ayant souffert du bas ventre pendant toute la durée de la grossesse, qui présenta après l'accouchement des accidents pelvipéritonéaux aigus, dont la cause était l'annexite tuberculeuse.

b) *La parturition et le post-partum*, succédant soit à une grossesse ayant évolué normalement ou ayant présenté quelques accidents plus ou moins graves, soit à une fausse couche, constituent quelquefois des facteurs susceptibles de faire apparaître sous la forme d'accidents très sérieux de pelvipéritonite, accidents considérés comme ayant été provoqués par une infection puerpérale banale, des annexites tuberculeuses jusque là insoupçonnées. Ces états, de même, peuvent favoriser la fixation du bacille tuberculeux sur des annexes indemnes de toute infection anté-

rieure ou déjà infectées plus ou moins profondément.

Nos maîtres, MM. HAMANT, BODART et CHALNOT, citent une observation de tuberculose salpingienne dans les suites de couches et concluent que la grossesse est susceptible d'entraîner une poussée évolutive importante de lésions tuberculeuses péviennes antécédentes à la conception.

L'influence de la puerpéralité en général dans la localisation du bacille de Koch au niveau des annexes, n'est donc pas à négliger ; nous montrerons au chapitre des principes thérapeutiques l'importance de cette notion au point de vue traitement (héliothérapie).

Nous avons montré ici les causes favorisantes de la localisation du bacille de Koch au niveau des annexes. Nous rappellerons maintenant quelques notions anatomiques avant de passer au chapitre de la symptomatologie.

---

## CHAPITRE II

### FORMES ANATOMIQUES

---

En parcourant la littérature traitant la tuberculose annexielle, on trouve dans le traitement de cette affection les deux grandes tendances qui orientent le traitement de toutes les annexites.

D'un côté, se trouvent les partisans d'un traitement chirurgical et aussi radical que possible. De l'autre côté se trouvent les partisans d'un traitement éclectique croyant à l'efficacité des méthodes médicales et ayant dans une thérapeutique chirurgicale de grandes tendances conservatrices.

OLIVIER dans sa thèse (1912) se demandant comment choisir entre ces deux méthodes, pense que seule l'étude de formes anatomo-cliniques permet de prendre position.

Le traitement de la tuberculose annexielle n'est pas univoque. Les formes anatomo-cliniques différentes permettent de diriger le traitement dans divers sens. L'étude de quelques cas suivis dans les différents services hospitaliers à Nancy nous montrera que le traitement chirurgical est souvent justifié ou non dans un sens radical ou conservateur, mais éclectique et gradué suivant les lésions *et pas toujours indispensable.*

Dans beaucoup de cas, sinon dans presque tous, le diagnostic ne s'impose pas cliniquement. Avant d'accepter certains moyens de traitement, *il importe d'être sûr que l'on a bien affaire à la tuberculose*. C'est ainsi que notre Maître, M. le Professeur MICHEL, malgré son abstention de toute exérèse sur les annexes, considère *qu'il faut intervenir presque toujours pour reconnaître les lésions*.

Cette intervention (la laparotomie) est indispensable, car elle est *exploratrice* et *curative* à la fois et seule permet de diriger une thérapeutique physiothérapique et médicale rationnelle, *suivant l'aspect des lésions*; aussi, avons-nous pensé qu'il était bon, au début de ce travail, de placer un tableau rapide des formes anatomiques de la tuberculose annexielle.

OLIVIER se plaçant au seul point de vue thérapeutique divise les formes anatomiques suivant les indications qu'elles fournissent pour orienter la thérapeutique et établit ainsi trois grandes divisions.

Les formes à lésions tubaires prédominantes;

Les formes à lésions péritonéales prédominantes;

Les formes à lésions ovariennes prédominantes.

#### I. — FORMES A LÉSIONS SALPINGIENNES PRÉDOMINANTES

L'auteur divise les formes de tuberculose annexielle à prédominance tubaire en quatre groupes:

a) La salpingite tuberculeuse;

b) Le pyosalpinx tuberculeux;

c) L'abcès froid tubaire;

d) L'hydrosalpinx.

a) *La forme salpingite* est la plus commune. Le bacille se localise sur les trois tuniques de la trompe et presque toujours le péritoine réagit.

La lésion tuberculeuse évolue ici comme partout ailleurs donnant différents aspects suivant l'âge de cette lésion : granulations, tubercules crus, caséification et suppuration. Les lésions, bilatérales le plus souvent, siègent aux deux extrémités de la trompe, simultanément ou isolément. Le pavillon est rouge, les franges sont agglutinées ; l'orifice tubaire est souvent fermé, ce qui permet le développement de kystes ou suppurations tubaires.

b) *La forme pyosalpinx* se produit quand les ostia abdominal et utérin » sont fermés ou bien s'il y a un obstacle à l'écoulement ou une tendance marquée à la suppuration.

La consistance est tantôt liquide, tantôt caséuse et très souvent stérile au point de vue bactériologique (TARGETTE).

c) *L'abcès froid tubaire* est défini ainsi par ALBERTIN : « localisation tuberculeuse chronique d'emblée évoluant à la façon d'un abcès symptomatique d'un mal de Pott et rappelant par son évolution insidieuse, sa symptomatologie fruste, ses dimensions et les caractères du pus, l'abcès par congestion ».

Le diagnostic est souvent délicat (absence de granulations sur le péritoine et évolution silencieuse) pouvant simuler quelquefois un fibrome (HAMANT).

La triade de Lenormant peut guider quelquefois le chirurgien sur la voie du diagnostic (A. BINET):

« On y pensera chez les femmes qui avec des signes physiques de salpingite bilatérale, ont des antécédents héréditaires ou personnels tuberculeux, chez celles dans le passé génital desquelles on ne retrouve pas les causes habituelles de l'infection utéro-annexielle; on y pensera aussi en présence de salpingite volumineuse à évolution froide ».

d) *L'hydrosalpinx tuberculeux* constitue une des formes des lésions tuberculeuses latentes (MOULONGET) ou de transformation tardive d'un abcès froid tubaire (WASER).

e) *La tuberculose inflammatoire*:

Nous ajoutons ici encore une forme qui ne se trouve pas dans la classification de PATEL et OLIVIER: la *tuberculose inflammatoire de la trompe*, bien étudiée par le Professeur GRYNFELT de Montpellier et publiée dans les Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie, séance du 10 octobre 1933.

« Bien que cette forme de *tuberculose à virus* ne puisse être diagnostiquée par la lésion anatomique et par l'examen bactériologique, les manifestations cliniques, l'évolution, les antécédents et l'avenir des malades observées, plaident en faveur de l'origine tuberculeuse de ces lésions.

Nous avons retenu cette forme particulière où l'intervention chirurgicale est presque toujours suivie d'une récurrence aboutissant à une périviscérite (poly-sérite). C'est dans cette forme de tuberculose que le traitement spécifique (sérum de Jousset et allergine) a donné des résultats parfaits. Nous avons insisté

sur cette forme pour montrer l'importance de l'association du traitement médical (biologique) là où la chirurgie et même l'héliothérapie se montrent sans effet.

## II. — FORMES

### AVEC LÉSIONS PÉRITONÉALES PRÉDOMINANTES

L'atteinte du péritoine, le plus souvent secondaire et sous la dépendance des lésions tubaires n'est pas uniforme. C'est ainsi qu'on relève :

a) *Une forme ascitique* (forme granulique ascitogène des classiques (FORGUE) avec granulations discrètes sur le péritoine et sur la séreuse des trompes.

Dans un degré avancé de cette forme ascitique toute la cavité abdominale peut être parsemée de granulations, mais comme BOUILLY l'a montré, les lésions sont plus anciennes et plus avancées sur les organes génitaux (observation de M. BINET).

b) *La forme plastique adhésive* est fréquente. Les organes génitaux forment un bloc fixé dans le pelvis par des adhérences courtes, tenaces, semées de quelques granulations, laissant entre elles des loges contenant du liquide séreux.

Les trompes sont atteintes de lésions de salpingite purulente ou interstitielle. Des adhérences intestinales lardacées actives et destructives viennent augmenter les difficultés opératoires.

c) *La forme suppurée* (transformation du type précédent), est une tuberculose diffusée, suppurante, véridable forme maligne aiguë, trop souvent au-dessus des ressources de la thérapeutique.

### III. — FORMES

#### AVEC LÉSIONS OVARIENNES PRÉDOMINANTES

Au niveau de l'ovaire, on peut étudier avec PATEL, l'ovarite tuberculeuse et la tuberculose hypertrophique.

Telles sont les diverses formes que peut revêtir la tuberculose annexielle; ces formes sont rarement pures; le plus souvent elles réalisent un type complexe échappant de ce fait à toute description précise (CONDAMIN).

Devant la complexité et la diversité des lésions, VILLARD considérant aussi uniquement le point de vue thérapeutique, et basé principalement sur la tendance évolutive soit régressive, soit extensive, des diverses formes anatomiques, a pu les classer en trois groupes bien définis:

- 1° La tuberculose séreuse de la trompe;
- 2° Les formes parenchymateuses;
- 3° Les formes caséuses de la tuberculose annexielle.

#### I. — LA TUBERCULOSE SÉREUSE DE LA TROMPE

C'est la forme ascitique de Patel, caractérisée par des granulations uniquement séreuses qui n'infiltrant pas le parenchyme tubaire. La caractéristique de cette forme granulique et ascitogène est sa curabilité par les agents physiques, rayons ultra-violets. La laparotomie avec assèchement a donné souvent des guérisons; mais les guérisons rapides et complètes ont été observées lorsque l'on y a ajouté l'héliothéra-

pie post-opératoire. Notre maître, M. le Professeur MICHEL a obtenu des guérisons remarquables en pratiquant une laparatomie, une mise à l'air et en conseillant une cure d'héliothérapie post-opératoire au bord de la mer. C'est aussi dans cette forme que notre maître, M. le Professeur agrégé BINET a pratiqué l'héliothérapie suivant la méthode de Témoin (intervention faite sous l'irradiation solaire) avec de bons résultats.

## II. — LES FORMES PARENCHYMATEUSES DE LA TUBERCULOSE TUBAIRE

C'est la forme plastique adhésive de Patel.

Les lésions sont plus profondes, toutes les tuniques étant infiltrées d'un œdème diffus, dur et friable à la fois ; des adhérences très intimes fixent les annexes aux organes voisins, paroi pelvienne, côlon sigmoïde, épiploon, anses grêles agglutinées. Tout le pelvis est parfois transformé en un bloc d'adhérences (CONDAMIN) ; c'est devant un cas pareil que notre Maître, M. le Professeur BINET a enlevé les lésions extirpables (les ovaires), renonçant à pratiquer une opération large pour ne pas risquer de s'exposer à des déchirures intestinales. C'est dans cette forme particulièrement grave où la guérison opératoire n'est pas totale que WILLARD dit « vouloir, envers et contre tout, faire une castration, c'est s'exposer à des désastres ».

Cette forme est fréquemment associée à la forme caséuse, vers laquelle elle tend à évoluer ; les risques

opératoires sont ici grandes, les lésions régressent sous l'influence de la laparotomie et de l'héliothérapie associées.

### III. — LES FORMES CASÉEUSES DE LA TUBERCULOSE ANNEXIELLE

Sous cette dénomination WILLARD a réuni le tuberculome nodulaire, les *pyosalpinx*, les *abcès froids tubaires*, les ovarites suppurées. Ce groupe est individualisé par un caractère essentiel : le processus ulcéro-caséeux qui est incapable de régression. La tuberculose reste ici beaucoup plus localisée que dans la forme précédente, et les ablations partielles ne sont pas toujours suffisantes à elles seules.

### IV. — FORMES ASSOCIÉES

L'existence des formes mixtes est d'observation courante en clinique. *Chez notre malade, opérée par M. BODART*, nous avons retrouvé l'association des nodosités bacillaires sur la trompe droite avec un kyste ovarique du même côté. Il est difficile de connaître la part directe du bacille de Koch ou indirecte des toxines bacillaires (PONCET et LERICHE) dans la genèse des ovarites kystiques. L'ablation du kyste a supprimé les douleurs du côté droit, mais trois mois plus tard la malade ressent une douleur avec la même intensité du côté gauche. Au palper, point douloureux à la fosse iliaque gauche. Le toucher permet de constater une petite masse annexielle à gauche. Le tableau clinique est presque identique avec celui décrit

par GRYNFELT sous la forme de tuberculose inflammatoire et où l'intervention chirurgicale est presque toujours suivie de récurrence aboutissant à une périviscérite. L'amélioration légère sous l'influence de l'héliothérapie et la disparition de la masse annexielle sous l'influence d'un traitement biologique (sérum de Maragliano) nous incitent à penser à la possibilité d'une tuberculose inflammatoire (dans le cas présent) du côté gauche et à ranger notre observation dans cette catégorie. Nous y reviendrons au chapitre du traitement biologique.

---

## CHAPITRE III

### SYMPTOMATOLOGIE

---

L'aspect clinique, des plus variables, est en rapport avec la forme anatomique des lésions.

Le plus souvent, après un début lent et insidieux, marqué par des douleurs pelviennes, un peu de leucorrhée, survient une poussée douloureuse plus intense, fébrile, qui oblige la malade à s'aliter. La crise s'accompagne souvent de troubles digestifs, quelquefois de vomissements, habituellement de constipation (Mocquot).

L'examen révèle un empâtement marqué du petit bassin et au toucher vaginal on trouve d'un côté ou des deux côtés de l'utérus, des tumeurs annexielles déplacées en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas.

Le tableau clinique ressemble beaucoup à celui des autres salpingites. Bien souvent des nuances symptomatiques permettent seules de prévoir la nature tuberculeuse de l'infection.

Il y a tout d'abord l'âge des malades et les circonstances étiologiques : ce sont des femmes *jeunes*, quelquefois des jeunes filles, et ceci est déjà un fait assez important pour conduire d'emblée au diagnostic,

quand le toucher rectal révèle des lésions pelviennes importantes.

A côté de la *virginité*, signe diagnostique de la plus haute importance, il faut retenir la *stérilité* comme pouvant aider au diagnostic.

Si cette stérilité n'est pas expliquée par une infection gonococcique ou par la syphilis, il faut avant toute autre cause envisager l'infection tuberculeuse de l'appareil génital.

Les troubles de l'état fonctionnel des organes génitaux internes nous paraissent importants à signaler.

Les règles s'installent tardivement, ce retard semble dû à l'hypoplasie utérine accompagnant l'insuffisance ovarienne (obs. M. BINET).

La *dysménorrhée prémenstruelle* (TIXIER, RICARD, LECOMPTE) est retrouvée dans l'observation de M. BODART; elle est la manifestation la plus fréquente et la plus importante de la tuberculose des annexes. WEIBEL attire l'attention sur les modifications des dernières menstruations qui précèdent l'éclosion des accidents tubaires, *des véritables ménorragies* (REEB et GUILLEMIN). Ces ménorragies ont été relevées dans notre observation (quatorze jours).

Fréquemment on note une période d'aménorrhée (BARTHÉLEMY, POTVIN) qui précède les premiers symptômes de l'annexite tuberculeuse.

HOLLOS et EISENSTEIN (1909), COTTE (1912), indiquent ces troubles de la menstruation comme étant des signes de l'intoxication bacillaire. Des dysménorrhéiques furent traitées par la tuberculinothérapie;

dans 75,5 % des cas, les règles, en fin de traitement devinrent indolores; dans 9,5 % des cas, les douleurs étaient atténuées.

Ces troubles menstruels dit LABBÉ dans sa thèse citant PONCET et LERICHE « signes d'une imprégnation toxique du follicule de de Graaf, apparaissent en même temps que l'anémie, l'annorexie, les palpitations, la toux, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, tous signes d'intoxication bacillaire de l'organisme.

« Chez ces femmes à ovulation instable (DALCHÉ) on ne note presque jamais des troubles généraux dus à l'insuffisance ovarienne, l'ovaire étant détruit peu à peu, la compensation naturelle par les autres glandes endocrines a le temps de se faire (DUPONT).

Plus importantes sont les petites hémorragies, les petites pertes de sang dans l'intervalle des règles; le symptôme a d'autant plus de valeur qu'il est rare de l'observer dans les salpingo-ovarites blennorragiques.

L'état de l'utérus et spécialement l'état du col utérin est important. La métrite puerpérale ou gonococcique précède toujours les lésions annexielles: elle se caractérise par une augmentation de volume de l'utérus et par des altérations du col; dans la tuberculose génitale, au contraire, l'utérus est peu modifié, le col en particulier est souvent petit, pointu, recouvert d'une muqueuse normale (MOCQUOT).

L'association de l'hypoplasie utérine avec les troubles menstruels de l'adolescence est l'un des meilleurs signes de la tuberculose salpingienne.

BAUMGARTER et BARDOU insistent encore sur les deux paradoxes suivants: un état général mauvais

coexistant avec une petite annexite, ou une grosse pelvi-péritonite entraînant très peu de signes, fonctionnels et généraux.

Un troisième signe de valeur peut être tiré de cette constatation que l'examen gynécologique fait très précocement après l'apparition des premiers signes évolutifs, révèle déjà de grosses lésions pelviennes: preuve que ces lésions existaient latentes avant tout trouble fonctionnel et ceci est caractéristique de la tuberculose.

L'allure évolutive est très caractéristique. La courbe fébrile affecte dans son ensemble la forme la plus capricieuse. Tantôt les paroxysmes fébriles reviennent presque régulièrement, tantôt la température est à grandes oscillations, suivant un type hectique.

LENORMANT et MOULONGUET ont noté la persistance d'une température très élevée à grandes oscillations avec une conservation surprenante de l'état général et de l'appétit.

Les phénomènes douloureux suivent également un cycle, plus ou moins parallèle à celui de la fièvre. C'est ainsi que MOULONGUET dit (1): « Il y a des périodes de guérison apparente, suivies de nouvelles phases de la maladie. Si les règles subsistent, elles sont souvent l'occasion de ces reprises, qui s'accompagnent habituellement de troubles intestinaux diarrhéiques ».

---

(1) Dans son rapport au Congrès des Gynécologues, octobre 1933.

TIXIER croit que les vraies poussées de pelvi-péritonites aiguës ont plus d'importance encore que les réveils de douleurs pour caractériser, par leurs reprises brutales, la tuberculose salpingienne.

Le nombre de ces poussées aiguës est assez fréquent. TERRILLON a noté chez une malade dix-huit poussées aiguës en quatre ans. Nous en avons noté trois poussées aiguës en trois ans.

DE BOVIS insiste sur l'affaissement brusque des tuméfactions pelviennes (signe de Basterica), explicable soit par la résorption d'une poche séreuse péritonéale, soit par la fistulisation d'un abcès dans un viscère.

D'après LENORMANT, les *fistules* se produisent avec une grande fréquence et leur production, au lieu d'entraîner une amélioration de l'état général et de la fièvre comme l'ouverture des collections purulentes banales, la fistulation des abcès tuberculeux amène une aggravation de tous les symptômes. L'évolution de ces fistules peut aider au diagnostic.

#### DIAGNOSTIC GÉNÉRAL

Nous envisagerons avec M. MOULONGUET le diagnostic clinique, opératoire et microscopique.

Il est très difficile. Les épreuves de laboratoire peuvent aider au diagnostic. Les épreuves sérologiques (réaction de Vernes et la réaction de Besredka) peuvent rendre service dans certaines circonstances. DOUAY et LÉPURÉANO ont trouvé 71 % de réactions positives (BESREDKA) véridiques sur 29 cas.

Dans les formes fébriles de pelvi-péritonite, on a pu tirer argument de *l'absence de leucocytose sanguine et de polynucléose* pour rejeter le diagnostic de lésions suppurées banales et pour accepter celui de tuberculose. Mais il ne faut pas tenir ce signe hématologique pour constant, ni d'une interprétation toujours aisée (P. MOULONGUET).

#### DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE

Il est souvent embarrassant, car les granulations caractéristiques ne sont pas toujours apparentes à l'œil nu sur la trompe, et même sur le péritoine; on rencontre quelquefois des lésions annexielles tuberculeuses dont on ne peut pas faire le diagnostic à l'œil nu.

#### DIAGNOSTIC MICROSCOPIQUE

Seul l'aspect histologique de fragments prélevés donne des renseignements précis sur le diagnostic. P. MOULONGUET dit, dans son rapport, que la moitié des cas *ne peut être identifiée que par l'examen histologique* et tire de ce fait deux conséquences :

*Une conséquence pratique.* — Le diagnostic de tuberculose permettra de diriger les suites opératoires, de mettre en œuvre les traitements hygiéniques, climatiques et physiques (que nous étudierons plus loin).

*Une conséquence théorique.* — Les examens microscopiques, systématiques, renseignent seuls sur la fréquence exacte des lésions tuberculeuses que nous étudierons au chapitre des principes thérapeutiques.

## CHAPITRE IV

### PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

---

Avant d'aborder le traitement de la tuberculose annexielle, il nous semble utile d'envisager, dans un chapitre de généralités, quelles peuvent être les directives essentielles qui dominent ce traitement. Nous montrerons ici, à l'aide d'un schéma dû à l'obligeance de notre maître, M. le Professeur MICHEL, quelles sont les raisons qui nous ont poussé à diriger la thérapeutique, vers la conservation et plus souvent vers l'abstention d'un traitement chirurgical sur les annexes. Nous attirerons (dans ce même chapitre), l'attention sur l'importance d'un traitement médical (physiothérapique et spécifique), postopératoire chaque fois que l'acte chirurgical nous paraît indiqué.

I. *La tuberculose annexielle est très fréquente.* — Les statistiques modernes se basant sur des examens histologiques sont à peu près concordantes à fixer à 8 % du total des salpingites le pourcentage des salpingites tuberculeuses. DRETZKA trouve 8,5 %. LENORMANT et MOULONGUET proposent 10,5 %. WILLARD et COUDAMIN 11,2 %. Cette notion est à retenir au point de vue diagnostic et traitement.

II. *La tuberculose des annexes est la cause le plus souvent à incriminer au point de vue péritonite tuberculeuse chez la jeune fille et chez la jeune femme.* — Dans la majorité des cas des malades opérées pour péritonite bacillaire, notre Maître, M. le Professeur MICHEL, a trouvé des lésions annexielles prédominantes et qui paraissaient les premières en date.

Notre Maître, M. le Professeur BINET, a noté souvent cette coexistence de tuberculose annexielle et de péritonite, ainsi que la prédominance des lésions bacillaires au niveau des annexes.

Dans l'observation due à l'obligeance de notre Maître, M. le Professeur BODART, nous trouvons une dissémination de nodosités bacillaires sur la trompe et quelques rares granulations sur le péritoine.

Au point de vue traitement, ces notions sont d'importance capitale, car le traitement de la tuberculose annexielle se confond souvent avec celui de la tuberculose péritonéale.

La tuberculose annexielle étant rarement isolée (9,4 %), mais le plus souvent associée avec des lésions de péritonite, le traitement chirurgical qui ne *peut* être que dirigé sur les annexes nous paraît *illogique* et *insuffisant*.

Au point de vue pathogénique, nous avons montré avec les documents apportés au dernier Congrès de Gynécologues, que :

III. *La tuberculose annexielle est une lésion secondaire* au sens vrai du mot, c'est-à-dire anatomique.

La tuberculose annexielle peut être la première et la seule *manifestation clinique* de tuberculose évolutive sous l'influence des différents épisodes de la vie génitale (menstruation, rapports sexuels, grossesse, post-partum, infections génitales); mais au point de vue *anatomique*, elle est secondaire à un chancre d'inoculation de tuberculose qui est situé dans quelque autre organe (poumon). D'un groupe de statistiques (SPAETH, SIMONDS, RECLUS, P. MOULONGUET a pu montrer dans son rapport des chiffres suivants: sur 434 cas de tuberculose annexielle constatés à l'autopsie, 41 seulement étaient isolés, soit 9,4 %, sans préciser si les autres foyers étaient ou non en évolution.

Pour notre travail, il suffit de retenir la coexistence des autres foyers (latents) qui sont susceptibles d'évoluer un jour et qu'il ne faut pas négliger au point de vue traitement.

En admettant que le processus bacillaire, en se fixant au niveau des annexes, crée des lésions qui deviennent prédominantes et qui paraissent primitives, il ne faut pas oublier que dans la majorité des cas, *les annexes participent à la tuberculisation générale de l'organisme*. Le traitement chirurgical exclusif, s'adressant à une seule lésion (annexes), sans tenir compte du facteur « terrain », nous paraît donc illogique.

Les femmes atteintes de tuberculose annexielle *étant avant tout des tuberculeuses*, le traitement chirurgical nous paraît insuffisant.

Il faut chercher avant tout un traitement qui s'adresse au terrain qui stimule tous ses moyens de défense et qui agit sur toutes les lésions simultanément. C'est la directive adoptée par notre Maître, M. le Professeur MICHEL, et que nous développerons dans notre travail. Elle a donné à nos maîtres des résultats excellents. Elle consiste à pratiquer une laparotomie avec mise à l'air de la cavité péritonéale, et les faire suivre par une cure d'héliothérapie. La première par le processus péritonéal de défense, la deuxième par son action sclérogène et résolutive, les deux par la stimulation de tous les moyens de défense, doivent *restreindre l'enthousiasme chirurgical dans la tuberculose annexielle*.

IV. *L'opération entraînant l'extirpation des annexes est toujours une opération très grave.* — Les chiffres d'ensemble réunis par BROCO au dernier Congrès montrent que la chirurgie de la tuberculose annexielle est grevée d'une mortalité encore assez élevée: PHILIPPE: 9,2 %, HARTMANN 17 %; *la mortalité tardive n'est pas négligeable*; VILLARD 6,4 %, GREENBERG 15 %, PETERSON 16 % et VAN SMITH 17 %.

*L'opération est plus souvent impossible.* — L'expérience a montré que à vouloir à tout prix atteindre ce but, on s'engage parfois dans des opérations très laborieuses et pleines de dangers. Dans un grand nombre de cas, on rencontre des adhérences complexes parsemées de nombreux follicules susceptibles d'entraîner, au cours des tentatives de libération, des lésions de l'intestin et de la vessie (G. MICHEL).

C'est à propos de ces formes parenchymateuses, plastiques, adhésives où le processus d'infiltration œdémateuse gagne toutes les tuniques, que VILLARD et CONDAMIN disent: « Les pinces, les ligatures les coupent sans les écraser... ». Tout le pelvis est parfois transformé en un bloc d'adhérences qui recouvre tout et dans lequel il est souvent difficile de retrouver les annexes (observation de M. BINET).

Ces adhérences sont infiltrées de granulations qui, selon l'expression de M. VILLARD, « brodent » les tuniques intestinales en amincissant leurs parois; celles-ci cèdent sous le moindre effort de traction. Au cours de l'intervention, le danger est avant tout intestinal; la libération est délicate: « vouloir envers et contre tout, faire une castration, c'est s'exposer à des désastres d'autant plus que l'appréciation des lésions intestinales est chose difficile et que le chirurgien, même très expérimenté, risque de réintégrer une anse qui se fistulisera quelques jours après dans le grand ventre » (CONDAMIN). C'est dans ces formes particulièrement graves que M. le Professeur MICHEL a remarqué une tendance très marquée à la résolution sous l'influence heureuse de la laparotomie associée à la physiothérapie (héliothérapie, R.U.V.) postopératoire.

*V. L'intervention sur les annexes est souvent inutile, car ni l'opération radicale (qui n'est radicale que de nom) ni l'opération conservatrice ne sont pas capables d'enlever toutes les lésions péritonéales et intestinales associées (VANTVERTS).*

Les lésions sont telles qu'il serait le plus souvent impossible d'en pratiquer une ablation totale; dans la majorité des cas; en effet, des granulations miliaires sont disséminées sur les séreuses péritonéales et intestinales; des germes bacillaires sont fatalement abandonnés dans le pelvis. L'ablation des annexes quand les lésions y sont prédominantes peut faire disparaître les douleurs, *mais peut-on affirmer une guérison durable et définitive quand on abandonne dans le péritoine une série de lésions inextirpables?*

M. le Professeur BINET opérant une malade de ce genre qui a présenté un péritoine granuleux et des masses intestinales agglutinées couvertes de granulations tuberculeuses, a enlevé les annexes malades après avoir transformé l'incision de Pfannenstiel en laparotomie verticale. On a appliqué ensuite un traitement par les rayons ultra-violets. La malade a subi une notable amélioration, continue à être même réglée. Certes, les interventions conservatrices ont donné souvent de bons résultats. Mais ces interventions sont suivies souvent de récidives. On pourrait appliquer ici avec VILLARD, l'aphorisme d'OLLIER « Tuberculose n'est pas cancer », dans ce sens que les interventions ne demandent pas toujours d'être complètes pour amener la guérison. Mais dans l'observation de M. BINET, on a pratiqué une laparotomie avec mise à l'air ainsi qu'une cure post-opératoire avec rayons ultra-violets. Si l'ablation des annexes a contribué à soulager notre malade des souffrances, on pourrait se demander s'il ne faut pas attribuer une grande partie de la guérison (des lé-

sions persistantes) à la laparatomie et à la physiothérapie post opératoire qui ont été ici pratiquées et qui sont souvent susceptibles à elles seules d'amener la régression des lésions par leur transformation fibreuse et scléreuse.

La régression des lésions sous l'influence de la laparatomie et de la physiothérapie a pu être constatée par de nombreux chirurgiens à l'occasion d'interventions itératives.

Sans pratiquer l'ablation des annexes, la simple laparatomie avec mise à l'air associée à l'héliothérapie ont donné à M. le Professeur MICHEL plusieurs guérisons et de notables améliorations.

M. le Professeur BINET en a obtenu de bons résultats par la méthode de Témoin.

Dans l'observation de M. BODART, l'exérèse n'a pas été pratiquée sur une trompe présentant des nodosités bacillaires. (Plusieurs poussées de pelvi-péritonite). La malade se trouve très améliorée après avoir suivi une cure d'héliothérapie associée à un traitement spécifique (vaccinothérapie, allergine et sérum de Maragliano).

Nous y reviendrons au chapitre du traitement. *Nous pensons qu'on pourrait donc élargir l'aphorisme d'Ollier « Tuberculose n'est pas cancer en disant que dans la tuberculose, il ne faut pas toujours enlever la lésion pour obtenir la guérison ».*

VI. *La tuberculose annexielle frappe des femmes jeunes dans la majorité des cas (observation de M. Binet: 18 ans; observation de M. Bodart: 20 ans), et leur castration pose toujours un problème grave.*

Malgré que les femmes atteintes de lésions tuberculeuses soient stériles dans la proportion de 60 % (GREENBERG); 62 % (VAN SMITH) 80 % (HARTMANN), les observations de grossesse sont nombreuses (RIVES, VAUTRIN, OLIVIER, VAUVERTS, etc.).

MM. FRUHINSHOLZ et FEUILLADE ont montré le danger de l'évolution parallèle d'une grossesse avec une lésion annexielle (avortement, poussées aiguës pelviennes, généralisation de la tuberculose).

Nous avons montré que la grossesse est susceptible d'entraîner dans le post-partum une poussée évolutive importante de lésions tuberculeuses pelviennes, antécédentes à la conception (HAMANT, BODART et CHALNOT). Malgré que cette grossesse n'est pas désirable et plus souvent à déconseiller, il nous paraît désastreux de castrer ces jeunes femmes de 18 ou 20 ans, alors qu'elles n'ont pas encore atteint leur complète formation.

La tuberculose annexielle constitue un facteur étiologique des gestations tubaires qui sont suivies toujours de complications graves.

M. le Professeur BINET nous a souvent attiré l'attention sur la coexistence fréquente des lésions annexielles avec ces gestations tubaires.

Les interventionnistes, pour éviter tous ces dangers, proposent une castration totale.

Malgré tous ces dangers de grossesse tubaire, etc., il nous paraît désastreux de castrer ces jeunes femmes de 18 et 20 ans, alors qu'elles n'ont pas encore atteint leur complète formation, pour les raisons suivantes :

a) La tuberculose annexielle, avec des lésions trop avancées qui ne peuvent régresser sous l'influence d'un traitement physiothérapique, détruit complètement les annexes et enlève toute possibilité de grossesse et, de ce fait, écarte tout danger.

Cette stérilité existant déjà en tant que manifestation de la tuberculose annexielle, se maintient après la guérison par obstruction cicatricielle des trompes ou par sclérose ovarienne.

b) La tuberculose annexielle *atténuée* est susceptible d'être guérie complètement sous l'influence d'un traitement physiothérapique et, de ce fait, la conservation de deux annexes guéries est compatible avec une grossesse normale sans occasionner de graves complications. ROCHAT cite un cas de ROLLIER qui, après neuf mois d'héliothérapie, à Leysin, pour péritonite fibro-caséeuse, rentre chez elle *guérie*, se marie quinze mois plus tard et se trouve actuellement mère de cinq enfants en parfaite santé comme elle.

En conclusion, il nous semble *qu'une grossesse survenant après un traitement physiothérapique de la tuberculose annexielle n'est pas exposée aux mêmes accidents très graves que les grossesses évoluant simultanément avec une tuberculose génitale*; en effet, après ce traitement, ou bien les lésions ne permettent aucune fécondation, ou bien, cicatrisées, elles ne seront plus influencées par la gestation.

(Il nous reste à faire une réserve sur le danger que présentent les cas de grossesses extra-utérines

survenues après guérison de salpingites tuberculeuses.)

Cette seule réserve ne nous autorise pas néanmoins à castrer systématiquement ces jeunes femmes de 18 ou 20 ans. Si la fécondation est aléatoire, la femme conserve néanmoins ses organes de sécrétion interne; la suppression de la menstruation et de toute sécrétion interne génitale pourra déterminer des troubles graves de castration précoce, perturbations physiques et surtout psychiques et morales qui transformeront parfois ces jeunes femmes en de véritables infirmes. PATEL et OLIVIER montrent bien la valeur de ces raisons morales, lorsqu'ils écrivent : « Il répugne invinciblement de castrer une jeune fille, une jeune femme, d'anéantir des espoirs, et cela surtout en présence des lésions qui paraissent minimales, d'une santé parfois admirablement conservée et d'une jeunesse que l'on espère toujours salvatrice ».

Nous avons montré les raisons qui nous ont déterminé à diriger la thérapeutique dans la voie de la conservation et de l'abstention. Nous passerons maintenant au chapitre du traitement par la laparotomie, physiothérapie (héliothérapie, ultra-violets) et vaccinothérapie. Nous dirons aussi quelques mots sur le traitement par l'iode colloïdal.

---

## CHAPITRE V

### LA LAPAROTOMIE

---

La laparotomie est le premier temps de l'acte opératoire sur les annexes. Souvent elle constitue toute l'opération et devient curative; en exposant largement la cavité abdominale à l'air et à la lumière, elle a une influence heureuse sur la péritonite bacillaire secondaire. D'autres fois, elle est exploratrice, lorsque l'abstention est commandée par l'étendue des adhérences intestinales, dont le décollement ne pourrait se faire sans déchirures graves (DANIEL).

L'observation de princes de Sp. WELLS (guérison d'une péritonite tuberculeuse à la suite d'une laparotomie faite par erreur de diagnostic) permet d'entrevoir le rôle curateur de la laparotomie simple sur les péritonites tuberculeuses, et ce procédé fut érigé plus tard en méthode thérapeutique.

Nous avons montré que la plupart de ces péritonites relèvent d'une lésion annexielle (G. MICHEL) et que la même laparotomie peut faire régresser les lésions annexielles par la mise à l'air et la physiothérapie post-opératoire associée.

Il est déjà connu que la *forme ascitique* de la tuberculose annexielle avec granulations miliaires su-

perficielles sur la séreuse tubaire peut bénéficier avantageusement de la laparotomie simple (laparotomie d'assèchement de VILLARD) avec évacuation du liquide péritonéal à l'aspirateur (suivi de nettoyage avec des compresses des surfaces séreuses; suture (quatre plans) complète; pas de lavage ni de drainage (BINET).

TÉMOIN, à la Société de Chirurgie de Paris en 1923, insiste sur les bons résultats que donne l'exposition au soleil (20 minutes environ) une fois le ventre ouvert.

M. le Professeur BINET en a obtenu quelques guérisons par ce procédé. Il est difficile d'apprécier à sa juste valeur cette action solaire immédiate, car la simple mise à l'air associée à l'héliothérapie post-opératoire ont donné les mêmes résultats (G. MICHEL).

Nous avons dit au chapitre des principes thérapeutiques, que l'action de la laparotomie sur les lésions tuberculeuses (séreuses) est prouvée par de nombreux faits cliniques et que la régression des lésions a pu être constatée par de nombreux chirurgiens à l'occasion d'interventions itératives.

M. LERICHE rappelait à la Société de Chirurgie de Lyon en 1927, un de ces cas. M. VILLARD, dans sa communication, présentait une observation typique, où le processus de cicatrisation a pu être pris sur le fait, à l'occasion d'une nouvelle laparotomie faite un an plus tard. COUDAMIN cite encore une observation de M. VILLARD où l'autopsie (mort par granulie)

montre la disparition complète de ces lésions (péritonéales), moins de deux mois après l'intervention.

Macroscopiquement, le processus de guérison semble dépendre surtout des phénomènes de sclérose du tissu conjonctif (CONDAMIN).

Les examens histologiques ont permis d'apprécier en détail les modifications que subissent les granulations après la laparotomie. CONDAMIN cite les examens très intéressants qu'a fait d'ARRIGO à ce sujet dans les *Annales italiennes de Chirurgie de Cary*.

« L'évolution se fait de l'hyperhémie intense, avec de nombreux bacilles, vers la nécrose en masse du follicule et sa transformation en tissu fibreux. Cette dernière forme représente la guérison de la tuberculose péritonéale ».

Ce processus réactionnel de défense du péritoine est déclenché par la laparotomie. Son mécanisme intime a été expliqué par de multiples hypothèses: M. PIC, dans sa thèse, étudie le rôle de la sclérose consécutive des édifications nodulaires et de la prolifération immédiate du tissu conjonctif, étouffant en quelques sortes bacilles et édifications tuberculeuses.

*Mode d'action:* La détermination du facteur responsable de l'action de la laparotomie est difficile à préciser.

*L'action de l'air* et surtout de l'oxygène, paraît avoir un rôle primordial. Partant de ce principe, SORGO et FRITZ, STEIN (de New-York) ont remplacé la laparotomie par l'insufflation d'oxygène dans le péritoine, après évacuation de l'ascite et ont obtenu quelques résultats favorables, mais non constants.

Le rôle de la lumière, des rayons solaires ou ultraviolets, est capital pour certains. « Des malades atteints de pleurésie, de lésions pulmonaires à leur début, en ont guéri à la suite du traitement (héliothérapie directe) avec la même rapidité que de leur péritonite » (TÉMOIN).

« Cependant, l'irradiation n'est pas tout; des laparotomies faites sans jour, par temps sombre, ou sous un simple éclairage électrique, ont été suivies des mêmes guérisons » (CONDAMIN).

*L'action des lavages* avec un antiseptique faible, avec l'eau oxygénée, ergochrome (KELLER), est minime et s'explique par l'irritation péritonéale qu'elle détermine.

En résumé, on ne peut attribuer à un seul facteur toute l'action de la laparotomie « l'évacuation de l'ascite, l'irritation mécanique de la séreuse, le contact du péritoine avec l'air, l'irradiation directe, tout contribue à favoriser la réaction péritonéale qui aboutit à la régression des lésions par leur transformation fibreuse et scléreuse » (CONDAMIN).

Pour terminer, nous rappellerons avec CONDAMIN l'opinion de LE DENTU (Soc. Chirurgie, Paris, 1929) qui est également celle de VILLARD: « L'héliothérapie pendant l'opération réalise peut-être à un degré supérieur d'efficacité un mode d'excitation de l'activité vasculaire et vitale des tissus imprégnés d'éléments tuberculeux, pouvant aboutir à une régression plus ou moins complète, plus ou moins rapide, comme le font l'exposition à l'air après l'ouverture du ventre, l'évacuation du liquide ascitique, sui-

vie de légers frottements, de manipulations prudentes avec des compresses aseptiques ou antiseptiques. Si mystérieuse qu'elle puisse encore sembler, cette action essentiellement mécanique ne peut pas être contestée ».

Nous avons donné peut-être une importance trop grande à l'étude de la péritonite tuberculeuse; mais les deux questions, tuberculose de la trompe et péritonite ascitique sont étroitement liées l'une à l'autre; « *cette tuberculose est d'ailleurs le plus souvent à incriminer au point de vue péritonite chez la jeune fille et chez la jeune femme* » (G. MICHEL): individualisées par une lésion identique, ces lésions sont justifiables des mêmes considérations thérapeutiques; « les granulations salpingiennes sont soumises aux mêmes influences que les granulations péritonéales, et régressent sous l'influence des mêmes causes ». (CONDAMIN).

*Dans les formes localisées à l'appareil utéro-anxieux, la laparotomie simple a donné de bons résultats.*

C'est à l'école de Nancy avec VAUTRIN que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur l'importance de la laparotomie dans les formes localisées.

VAUTRIN a relevé dans sa pratique, depuis 1900, époque où il a commencé à être conservateur, 54 cas de tuberculoses localisées pelviennes, auxquelles il a appliqué 34 fois la laparotomie simple avec 25 succès. Sur ces 25 guérisons, 18 sont restées définitives; les autres ont échappé à ses recherches.

En comparant les résultats obtenus par la laparo-

*tomie* avec ceux obtenus par les excérèses partielles (qui sont souvent suivis de récidives) et avec ceux obtenus par des excérèses totales qui ont donné à HARTMANN et BERGERET quatre guérisons opératoires sur onze malades, nous pouvons affirmer que le pourcentage des guérisons par la laparotomie simple est assez élevé pour que la question mérite qu'on s'y arrête.

En tenant compte des inconvénients de ces excérèses que nous avons montré au chapitre des principes thérapeutiques, nous sommes d'avis avec notre Maître, M. le Professeur MICHEL, que c'est l'abstention de toute excérèse qui doit dominer le traitement de la tuberculose localisée à l'appareil utéro-annexiel.

Nous montrerons maintenant le rôle de la laparotomie dans les formes avec propagations, avec adhérences au péritoine et aux viscères voisins.

Ce sont ces formes sur lesquelles nous avons beaucoup insisté au chapitre d'anatomie pathologique, qui ont donné le plus de déboires aux opérateurs.

« Chaque chirurgien conserve le souvenir de ces interventions pénibles qu'il a entreprises avec méfiance et poursuivies avec le regret de les avoir commencées » (P. BROcq).

M. le Professeur MICHEL a insisté dans sa communication, qu'il a bien voulu nous confier sur la fréquence des adhérences à l'intestin grêle ou au côlon et à la vessie..., dissémination des follicules, et sur le danger d'ablation des annexes. M. le Professeur BINET a rencontré les mêmes difficultés au cours de l'opération. « Même si l'hystérectomie a pu se dérouler jusqu'au bout sans accident immédiatement ap-

préciable, les lendemains opératoires ne sont pas toujours des plus simples. Une péritonite peut se déclarer, des fistules stercorales et purulentes des occlusions post-opératoires assombrissent singulièrement les suites immédiates ou secondaires de ces opérations (BROCQ). Aussi certains opérateurs avec M. BINET, frappés par des faits de cet ordre, antérieurement observés, s'arrêtent-ils en cours de route, se contentant d'une exérèse partielle des annexes.

Quelques-uns, avec M. le Professeur MICHEL, se basant sur les guérisons remarquables qu'ils ont obtenues avec la mise à l'air et la physiothérapie post-opératoire, se contentent d'une simple laparotomie.

La laparotomie simple a pu donner souvent de très bons résultats. VILLARD a obtenu cinq améliorations, SANTY a vu chez six malades, après la laparotomie associée à l'héliothérapie, régresser en peu de temps de volumineuses masses pelviennes bilatérales et adhérentes, M. le Professeur MICHEL a obtenu plusieurs guérisons et de nombreuses améliorations. Pierre BROCQ (au dernier Congrès) déclare avoir retrouvé, dans bien des travaux, des observations de tuberculose annexielle, adhérente, où, après simple ouverture de la cavité, abdominale, on a assisté à une régression impressionnante, parfois contrôlée dans une intervention itérative. « Toutes les fois qu'on la soupçonnera (la tuberculose annexielle) et qu'un traitement physique ou médical restera sans résultat lorsqu'il y aura de la fièvre et que l'état général fléchira, il faudra recourir à la laparotomie qui m'a donné 80 % de bons résultats » (VILLARD, Congrès des Gynécologues de langue française, 1933).

## CHAPITRE VI

### PHYSIOTHÉRAPIE

---

#### PHYSIOTHÉRAPIE

##### DE LA TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE

Les résultats obtenus par la physiothérapie dans le traitement de la tuberculose génitale de la femme — ou du moins, dans certaines formes de tuberculose annexielle jusqu'ici considérées comme formes essentiellement « chirurgicales » — lui ont acquis la réputation d'une méthode thérapeutique, active, efficace qu'on ne saurait plus ignorer.

Nous étudierons d'abord l'héliothérapie naturelle et artificielle, puis la roentgenthérapie, cette dernière ne présentant dans notre étude qu'un intérêt limité.

#### 1° *Héliothérapie naturelle*

Utilisée dans la thérapeutique, depuis les temps les plus reculés (GALLIEN). C'est l'empirique RIKLI et le Professeur SUEGUIREFF (1882) qui ont attiré les premiers l'attention sur l'efficacité de la cure solaire dans les inflammations chroniques utéro-ovariennes.

Appliquée de façon systématique par ROLLIER elle a été étudiée par PONCET et LERICHE, JAUBERT, Armand DELILLE (Congrès de Thalassothérapie de Cannes (1914) AIMES et BRODY, qui ont montré l'intérêt de cette thérapeutique.

L'action de la lumière a été discutée lors du dernier Congrès de Copenhague: « Ce n'est pas un traitement spécifique disent AIMARD et DAUSSET et tel est aussi l'avis de notre Maître le Professeur LAMY, mais c'est un stimulant de premier ordre dont il faut adapter l'énergie à la capacité de réaction de chaque individu ».

« Les bains de lumière agissent sur la peau qui secrète des ferments, des produits antibacillaires doués d'une affinité spéciale pour le bacille de Koch, ainsi que d'une action lytique. De plus la lumière met en jeu les actions réflexes de la régulation thermique; elle active sa production des vitamines A et D à partir de l'ergostérol; ceci est très important, pour la thérapie antibacillaire » (AIMARD et DAUSSET).

Nous avons essayé de montrer dans les précédents chapitres (Pathogénie: formes anatomiques et surtout dans les principes thérapeutiques) les raisons qui nous ont poussé à diriger la thérapeutique de la tuberculose annexielle, vers la physiothérapie, et les résultats obtenus dans chaque forme anatomique. Dans le chapitre consacré à la laparotomie, nous avons déjà révélé l'importance de la physiothérapie post-opératoire.

Nous n'entrerons pas ici dans les discussions théoriques sur le mode d'action des rayons solaires, nous

n'envisagerons que les effets obtenus, et les opinions des auteurs.

Un des effets les plus remarquables de l'héliothérapie, c'est le *relèvement de l'état général* qu'il est facile de mettre en évidence par l'examen du sang : l'augmentation du nombre des hématies et de la teneur du sang en hémoglobine.

Cliniquement, l'action biochimique se constate facilement : l'élimination phosphaturique diminue et la malade se récalcifie, les échanges pulmonaires s'activent, l'appétit apparaît, le poids augmente, le sommeil se régularise et l'asthésie disparaît. La disparition de l'irritabilité et de l'insomnie constituent une preuve de *l'action sédative sur le système nerveux* de ces femmes particulièrement hyperexcitables.

*L'action bactéricide* n'intervient que dans les lésions de surface : fistules post-opératoires par exemple. L'efficacité de la cure solaire dans les lésions profondes doit tenir à une action indirecte due à l'accroissement des moyens généraux de défense de l'organisme.

*L'action analgésiante* : (manque rarement) a été remarquée par tous les auteurs. Chez la malade de notre observation (M. BODART), nous avons noté la disparition des douleurs après chaque cure d'héliothérapie. Cet effet analgésique suit et se maintient environ trois mois après chaque cure.

*L'action résolutive* est très importante. Sous l'influence de la suractivité circulatoire (hyperhémie, érythème, sudation) il se produit un accroissement des échanges et une augmentation de la phagocytose.

Cette hyperthémie *active* explique la *résolution des exsudats*, la *disparition des infiltrations*, l'action destructive et sclérosante *sur les lésions tuberculeuses*.

Non seulement la diapédèse est augmentée, mais encore pour QUINKE, il y a *prolifération des cellules conjonctives* qui participent au *processus défensif et réparateur*.

*Dans les formes ascitiques* de la pelvi-péritonite tuberculeuse le liquide diminue assez rapidement, cette diminution est quelquefois précédée d'une augmentation passagère.

*Dans les formes fibro-caséuses*, les contours de la masse s'estompent peu à peu et le gâteau se résorbe progressivement.

Les opinions des auteurs sur l'efficacité de cette thérapeutique sont très variables. C'est ainsi que certains auteurs avec DANIEL de Bucarest ne voient en elle qu'un adjuvant utile, parfois nécessaire même, mais ils estiment de façon générale qu'elle ne peut à elle seule constituer toute la thérapeutique.

Pour certains, l'héliothérapie est très limitée. VILLARD et CONDAMIN réservent cette thérapeutique uniquement aux formes séreuses où ils ont obtenu une régression complète des lésions après plusieurs mois de traitement.

Les opinions varient encore sur le moment quand il faut appliquer l'héliothérapie.

*L'héliothérapie pré-opératoire* n'est pas envisagée par tous les chirurgiens de la même manière. C'est ainsi que V. CORDIER pense que: sauf indications d'urgence, on peut temporiser trente à quarante-cinq

jours et juger l'effet de l'action solaire qui est souvent remarquable, même sur des annexes douloureuses et nettes au toucher ».

Pour VILLARD elle est utile seulement dans quelques formes spéciales, à évolution subaiguë, avec empatement diffus.

Pour VIOLET l'héliothérapie pré-opératoire est susceptible d'obtenir d'une part une amélioration de l'état général; d'autre part, une régression légère des lésions, ce qui lui permet de pratiquer aisément ensuite une intervention conservatrice (cas rapporté dans le *Lyon Médical*, 1924).

AIMARD et DAUSSET disent qu'il ne faut jamais opérer qu'après avoir essayé la cure solaire assez longtemps.

En ce qui concerne l'héliothérapie post-opératoire, la majorité des orateurs du dernier Congrès, même les interventionnistes radicaux avec J.-L. FAURE et DANIEL, sont d'accord pour associer et compléter l'intervention par un traitement physiothérapique: qu'une fois l'opération faite et le diagnostic établi on laisse les malades au soleil, rien de mieux..., car en essayant l'héliothérapie avant l'opération nous risquons de perdre un temps précieux et de laisser le mal s'aggraver (J.-L. LAURE).

M. L. AUBERT (Genève) a appliqué l'héliothérapie post-opératoire chez les malades à forme ascitique et chez celles avec bloc adhérentiel et infiltrations pelviennes étendues où il a refermé le ventre sans pousser plus en avant.

« Chez certains malades, je suis convaincu que

l'héliothérapie pouvait être considérée comme le principal facteur de la guérison.

Chez d'autres l'intervention a déjà été suivie d'une amélioration manifeste avec chute de la température reprise de poids et début de régression des lésions, des empâtements et l'héliothérapie a terminé la cure ».

M. le Professeur MICHEL, qui attribue à l'héliothérapie un rôle considérable, estime cependant qu'il est préférable d'avoir recours en premier lieu à la laparotomie qui permet la vérification du petit bassin et la mise à l'air ; puis la malade est soumise à la cure solaire (bord de la mer) ou rayons U. V. Les bons résultats ont été obtenus dans les formes avec bloc adhérentiel et infiltrations pelviennes.

Les observations I, II et III, sont des exemples fort probants des services mutuels que peuvent se rendre la chirurgie et l'héliothérapie dans le tube annexielle. Chez la malade de notre observation II (M. BODART), la chirurgie a été d'un grand secours au début et a permis de parer aux accidents aigus ; mais dans la suite l'héliothérapie a joué le rôle principal et c'est sans doute à elle qu'il faut attribuer la guérison définitive.

*Technique.* — ROLLIER de Leysin, SINGER de Berlin, BERNHARD de Saint-Moritz sont parmi ceux qui se sont le plus occupés de la méthode et ont le plus contribué à son application rationnelle.

« Pour obtenir de la cure solaire tout ce qu'on est en droit d'attendre ; il faut l'appliquer avec méthode, la moindre faute de technique pouvant dans les tu-

berculoses génitales non seulement compromettre le résultat, mais entraîner des catastrophes (L. ROCHAT).

R. ROLLIER de Leysin qui a réglé d'une façon rigoureuse la technique de l'héliothérapie dans les tuberculoses génitales, dit :

« Quelle que soit la nature des lésions et leur étendue, la thérapeutique que nous appliquons est la cure solaire générale, *individualisée* pour chaque cas et nous faisons appel avant tout à l'action dérivatrice de l'héliothérapie ».

L'héliothérapie *doit être décongestive*; ce dernier effet est toujours obtenu par le mode *dérivatif* qui consiste à commencer et à terminer toujours l'insolation générale, quelque soit le siège des lésions à traiter, par les *extrémités inférieures*. Ce procédé permet, sur les régions « neutres » de se renseigner sur le degré de tolérance du patient et d'y provoquer en même temps, un appel du sang comparable à celui des bains sinapisés, dont l'action dérivatrice entraîne à son tour une décongestion des viscères abdominaux.

L'insolation abdominale sera conduite avec une prudence extrême. Au moindre signe d'intolérance, l'irradiation locale sera diminuée.

*Dans la forme ascitique*; il faut éviter, en tout temps, l'excès d'irradiation. La congestion intempes-tive, en effet, conduit à la sécrétion de fibrine, qui s'oppose à une résorption régulière du liquide.

La dose maxima ne peut être établie aisément : elle dépendra des particularités du cas.

*La péritonite plastique* et la forme fibro-caséeuse

réagissent tout aussi favorablement, à condition d'observer avec minutie les aptitudes réactionnelles de chaque malade « de doser jour après jour l'insolation que l'état clinique autorise. Dans la tuberculose annexielle il est recommandable de diminuer l'insolation deux à trois jours avant les menstrues (ROCHAT).

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les fistules purulentes post-opératoires.

L'altitude permet une cure non interrompue pendant l'hiver. En plaine, l'insolation pendant les mois d'été devrait être pratiquée le matin car « l'air surchauffé du milieu de la journée fait du bain de soleil un bain de chaleur qui congestionne et affaiblit » (ROCHAT).

## 2° *Héliothérapie artificielle*

Les rayons ultra-violets ont une action identique à celles des rayons solaires; pour les uns cette action serait inférieure à celle de l'héliothérapie, l'irradiation par ces rayons n'étant qu'une héliothérapie artificielle; « héliothérapie des pauvres »; pour d'autres (SAIDMANN, HAMBURGER, l'actinothérapie par rayons ultra-violets est supérieure à l'irradiation solaire.

Indifférente aux conditions atmosphériques, l'héliothérapie artificielle présente l'avantage d'être réalisable en tous temps et en tous lieux. Les rayonnements utilisés sont produits par deux genres d'appareils légèrement différents: la lampe à arc donne un rayonnement analogue à celui de la lumière solaire, la lampe à vapeur de mercure ne produit pratiquement que des rayons ultra-violets.

Tout comme ceux de la lumière solaire ces rayons n'ont qu'une action superficielle mais dont l'effet biologique est très intense.

Nous ne pouvons insister ici sur la technique d'application, disons seulement que l'exposition des téguments doit être limitée au début à une faible surface et pendant un laps de temps très court. La seule contre-indication importante à l'héliothérapie est la *coexistence d'une lésion pulmonaire en évolution*.

Les bains de lampe à arc ont donné de nombreuses guérisons. En l'absence du soleil, dit DAUSSET, il faudra utiliser l'arc qui relève l'état général et met l'organisme en meilleur état de défense. Chez les malades fatiguées, il utilise le bain local de lampe à arc en recherchant une forte pigmentation de la paroi abdominale. Les irradiations locales doivent être progressives pour arriver rapidement à une demi-heure de traitement, durée qu'il vaut mieux ne pas dépasser.

Après une vingtaine de séances on mettra la malade au repos pendant un mois pour permettre à la peau de se débarrasser de son pigment, puis on reprendra.

M. J. RAPIN de Lausanne place l'ultra-violet thérapeutique en parallèle avec la thérapeutique solaire : « L'héliothérapie naturelle si efficace, n'est pas accessible à chacun, tandis que son succédané l'héliothérapie artificielle est applicable à toutes les malades sans les sortir de leur milieu ».

Dans l'application des ultra-violets, il prend pour guide, les règles que ROLLIER a fixées pour l'hélio-

thérapie naturelle. Il y ajoute, en même temps, *une cure de tuberculinothérapie épidermique*.

ROLLIER a obtenu sur vingt-cinq cas d'annexites non opérées 48 % de guérisons, 24 % de très grandes améliorations et 20 % améliorées. Sur vingt-cinq cas d'annexites opérées avec extirpation des annexes (exérèse totale ou partielle comprenant des cas à résidus annexiels, pelvipéritonite avec fistules post-opératoires; il a obtenu 48 % de guérisons, 12 % de grandes améliorations et 20 % d'améliorations.

Ces excellents résultats montrent que cette cure donne en des mains compétentes 40 à 50 % de guérisons et 30 à 35 % de grandes améliorations (GIBERT).

S'il fallait résumer toutes les opinions formulées quant à la place de l'héliothérapie dans le traitement de la tuberculose annexielle, nous croyons avec M. PIERRA que l'on pourrait formuler les conclusions suivantes. « Il n'est aucune forme de tuberculose génitale qui ne puisse bénéficier de la cure solaire, soit isolée, soit associée au traitement chirurgical. Nous ajoutons que dans le second cas elle peut intervenir efficacement soit avant, soit après l'opération.

Elle est l'unique ressource dans les cas de fistule perdue au milieu d'adhérences, d'organes ulcérés et friables (observation M. AUBERT).

### 3° Rœntgenthérapie

Les succès de la rœntgenthérapie en tuberculose annexielle semblent d'après DANIEL avoir beaucoup

plus que l'actinothérapie et l'héliothérapie contribué à diminuer les indiations opératoires.

En France GIBERT, DELHERM, SOLOMON, MATHEY-CORNAT, et à l'étranger ZWEIFFEL, ZPITZ, GAUSS, VAGNER, MARTIUS, EYMER, WESSELING et KELLER ont prôné cette méthode. L'action des rayons si elle est encore discutée du point de vue expérimental et biologique pur, apparaît en clinique comme indéniable, active, efficace sur les lésions tuberculeuses évolutives de l'appareil génital féminin. Aux doses thérapeutiques employées, une action directe sur le bacille de Koch lui-même ne saurait être admis. Par contre, la constitution histologique du follicule tuberculeux, si riche en éléments leucocytaires, explique sa radio-sensibilité. La destruction de ces éléments et leur résorption consécutive s'accompagne peut-être d'un pouvoir immunisant. Mais surtout libéré d'une partie des tissus bacillifères, le tissu conjonctif peut proliférer localement englobant dans une gangue cicatricielle le foyer tuberculeux. Cette action sur le tissu tuberculeux est mise en évidence par l'examen histologique d'un tissu bacillaire préalablement irradié: on ne trouve plus ni cellules géantes, ni bacilles, mais une prolifération conjonctive intense (GIBERT). Cette fibrose est une première étape de la *cicatrisation des lésions tuberculeuses*. La lyse des cellules sensibles aux radiations aboutirait à la formation d'albumines sanguines hétérogènes qui renforceraient les pouvoirs de défense non spécifique du tissu. Cette conception répond à l'observation clinique, en particulier à la régression post-rœntgenthérapique des

lymphomes tuberculeux. Au début du traitement on peut observer un réveil des douleurs, une ascension de la température qui peuvent être comparés d'après CORNAT aux schocks protéiniques.

*Technique.* — Les doses administrées sont en principe peu élevées, d'autant plus faibles que la forme traitée est plus sévère ou subaiguë, « réchauffée ». Les meilleurs résultats l'ont été avec des *doses faibles* qui n'atteignent pas 50 % de celles qu'on est contraint d'utiliser dans la thérapeutique des cancers. Ces doses doivent être échelonnées sur plusieurs semaines.

La castration temporaire s'adresse en principe aux cas subaigus ou chroniques de peu de gravité susceptibles de s'amender par un traitement conservateur. C'est la technique de choix chez les femmes jeunes dont on veut ménager la fonction endocrinienne; la période intermenstruelle ou prémenstruelle est la plus favorable à l'irradiation si l'on veut éviter les hémorragies congestives qui suivent les toutes premières séances. Dose par champ: 400 r.; dose totale: 1.600 r.

Les résultats sont jugés très favorables par un certain nombre d'auteurs. VOGT en a rapporté 14 cas avec six guérisons complètes, trois très grandes améliorations, un résultat nul. EYMER en 1930 rapporte 14 observations: avec 12 grandes améliorations, WESSELING rapporte 65 cas avec 47 guérisons et 17 améliorations, pas de mort.

Des observations de SOLOMON, GIBERT, DANIEL, MATHIEY-CORNAT, relatent des résultats favorables du même ordre. L'action de la roëntgenthérapie est lente. Elle doit être maniée avec une grande

prudence et un sens clinique averti. Elle peut agir comme traitement de fond, combinée au traitement médical, à l'héliothérapie et à l'actinothérapie. Les contre-indications, ne tiennent qu'à une trop grande extension des lésions ou à la présence de foyers multiples en activité (CORNAT).

---

## CHAPITRE VII

### TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ET SPÉCIFIQUES

---

Un grand nombre d'auteurs dont AMANN et surtout les chirurgiens italiens (PESTALOZZA, MANGIAGALLI, TRUZZI), sont partisans surtout pour les femmes jeunes du traitement non opératoire, consistant exclusivement dans le trait général, dont la mortalité serait de 4 % (FERRONI).

Pour WEIBEL, FORGUE, le trait général vit de contre-indications du trait chirurgical.

« L'existence dans l'organisme de foyers tuberculeux multiples, les lésions pulmonaires évolutives contre-indiquent formellement toute tentative de trait chirurgical.

« Les lésions locales trop étendues, la pelvipéritonite-caséuse, avec adhérences intestinales intimes, ainsi que les fistules intestinales feront préférer exclusivement le traitement non opératoire » (DANIEL).

1° *Le traitement médicamenteux* a pour but d'augmenter la résistance de l'organisme en modifiant la nutrition cellulaire à l'aide des différents produits

(arsenic, Ca). Les préparations iodées ont été recommandées spécialement par les auteurs italiens (DURANTE, SILVESTRI, PESTALOZZA, TRUZZI et GRECO). TONEFF, en 1926, publie six observations où des guérisons ont été constatées longtemps après le traitement en employant *l'iode colloïdal en injections*; l'iode colloïdal agirait en déterminant les modifications locales (résorption des infiltrations tuberculeuses, disparition des phénomènes inflammatoires, des douleurs...) et d'ordre général (diurèse profuse; ascension thermique les premiers jours, puis défervescence et amélioration générale. Les résultats obtenus par TONEFF sont excellents et nous résumerons une observation type.

II. *Le traitement spécifique* à l'aide de procédés biologiques appliqué dans le traitement de la tuberculose pulmonaire a été également employé dans la tuberculose génitale. CHARLES et RATIANO, HAMANT, BINET, signalent les résultats favorables obtenus par la collo-bacilline. Dans certains cas, on a recommandé la vaccinothérapie antituberculeuse, la sérothérapie (MARIAGLIANO, MARMOREK, JOUSSET) la tuberculinothérapie, antigène méthylique, et l'allergine sans résultats concluants (DANIEL).

Le seul but de ce traitement est de faire acquérir aux sujets déjà infectés une résistance plus grande à l'intoxication par les poisons tuberculeux. Il paraît démontrer les bons résultats obtenus par ce traitement dans la *dysménorrhée* d'origine tuberculeuse.

Nous avons montré les rapports de la bacillose et de la menstruation (au chapitre de pathogénie) et la

facilité avec laquelle la tuberculose annexielle se développe à la puberté.

Quelques auteurs ont songé à rechercher le rôle étiologique possible du bacille de Koch dans les troubles de la menstruation.

Au cours d'intéressantes recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine, J. HOLLOS et EISENSTEIN viennent de faire une série de constatations, qui seraient la meilleure démonstration du rôle que peuvent jouer le bacille de Koch ou ses toxines dans les désordres menstruels.

Sur 118 malades, traitées pour la bacillose pulmonaire, 14 avaient de l'aménorrhée et 70 souffraient de douleurs au moment de leurs règles. Dans la plupart de ces cas, en outre, les règles étaient irrégulières dans leur date d'apparition et leur durée. Sur les 70 malades atteintes de dysménorrhée, 53 ont été soumises à la tuberculinothérapie.

Les résultats obtenus sont les suivants : 8 n'ont été améliorées ni pendant ni après le traitement ; 5 accusent des douleurs moins violentes, 40 peuvent être considérées comme complètement guéries, car les règles reviennent actuellement sans douleur.

De pareils faits, pour HOLLOS et EISENSTEIN, semblent bien indiquer que les troubles de la menstruation ne sont chez bien des femmes qu'un signe de l'intoxication tuberculeuse et la meilleure preuve (au dire des auteurs) c'est que par l'emploi de la tuberculine, ils disparaissent beaucoup plus rapidement qu'avec n'importe quelle autre thérapeutique. Il n'est donc pas douteux pour HOLLOS et EISENSTEIN que

ces troubles menstruels n'avaient pour origine l'élimination des toxines bacillaires au niveau des organes génitaux.

Pour nous, nous admettons d'autant plus volontiers cette interprétation que nous possédons des cas de tuberculose annexielle inflammatoire (observation de GODLEWSKI et COLANERI) avec dysménorrhée guérie sous l'influence du traitement par le sérum de Jousset et allergine. Les observations publiées par CHARLES et RATIANO (service de M. HAMANT, obs. V), ainsi que les améliorations obtenues par HAMANT et BINET sous l'influence du traitement par la collobacilline sont la meilleure preuve de la *valeur de cette thérapeutique dans la dysménorrhée d'origine bacillaire*. Dans le service de M. le Professeur ETIENNE l'allergine a donné des excellents résultats dans un cas de péritonite bacillaire probablement d'origine annexielle. Avec le traitement biologique, il semble que l'on a un moyen de contribuer au réveil des réactions défensives insuffisantes et de favoriser les phénomènes de réparation par le processus de sclérose.

Aucun traitement vaccinothérapique ne peut agir sur le bacille de Koch adulte, qui est la forme classique habituellement décrite. Celui-ci continue à vivre et persiste dans les organes atteints jusqu'à sa mort naturelle; tout au plus, peut-on lutter contre les toxines qu'il produit. Mais si la vaccinothérapie ne peut détruire ce bacille devenu adulte, en revanche elle a une action puissante et définitive sur toutes les formes jeunes qu'elle arrive à détruire complètement (M. LE FUR *assoc. fr. d'Urologie*, p. 616, Congrès 1930, octobre).

Le bacille de Koch ne se reproduisant plus, la guérison arrive à se produire fatalement par la mort naturelle des formes adultes du bacille de Koch et l'extinction progressive de toutes les formes jeunes. La chirurgie a elle seule (nous l'avons vu au chapitre de principes thérapeutiques) est incapable d'enlever toutes les lésions avec leurs bacilles. Il est donc logique de compléter l'acte opératoire chaque fois qu'une intervention est indiquée (abcès froid, pyosalpinx), par un traitement vaccinothérapique.

Mais l'on conçoit facilement que le traitement vaccinothérapique ne puisse arriver à cicatriser instantanément ni même rapidement de volumineuses cavités caséuses, quand celles-ci se sont produites. Il faut beaucoup de patience pour pouvoir obtenir cette cicatrisation complète.

« L'essentiel, est qu'on ne constate plus (d'après M. LE FUR) sous l'influence du traitement vaccinothérapique, des formes microbiennes jeunes.

L'évolution de la tuberculose est donc arrêtée dans sa marche et fixée définitivement. Mais on comprend que pour détruire toutes les formes adultes existantes et empêcher la naissance des formes jeunes, il faut laisser l'organisme sous l'influence du vaccin pendant longtemps jusqu'à ce que les lésions soient tout à fait guéries et l'évolution microbienne définitivement arrêtée.

Cette thérapeutique paraît à notre avis donner ses meilleurs résultats, quand elle est associée à la laparotomie et à l'héliothérapie (PAPIN, DANIEL, GODLEWSKI, CORANERI).

## CHAPITRE VIII

### OBSERVATIONS

---

Pour éviter toute redite nous ne reproduirons pas les très nombreuses observations de tuberculose génitale déjà publiées. Nous prions le lecteur de se reporter à notre index bibliographique.

Mais nous avons tenu à citer dans notre travail les observations recueillies dans les services de la Faculté de Nancy.

Nous avons ajouté une observation particulièrement typique de M. AUBERT de Genève, démontrant l'efficacité du traitement physiothérapique associé à l'acte opératoire, deux observations relatives au traitement des tuberculoses annexielles inflammatoires par le sérum de Jousset et allergine (GODLEWSKI, COLANERI) et une observation également caractéristique de M. TOUEFF relative au traitement de la tuberculose génitale par l'iode colloïdal.

#### OBSERVATION I

*Communication orale de M. le Professeur MICHEL*  
(Inédite)

Cette tuberculose est très fréquente; elle est la cause le plus souvent à incriminer au point de vue péritonite tuberculeuse chez la jeune fille et chez la jeune femme.

L'opération entraînant l'extirpation des annexes est toujours une opération très grave.

Elle est souvent impossible.

Quoiqu'ayant obtenu de très bons résultats par l'extirpation des annexes, j'ai abandonné complètement le traitement chirurgical des annexes, pour la raison suivante :

Une malade laparatomisée d'abord, les annexes étant impossibles à enlever, par suite des adhérences intestinales, parsemées de nombreux follicules, je me suis borné à la mise à l'air de la cavité péritonéale et ai fait suivre un traitement physiothérapique (héliothérapie ou rayons ultra-violets).

Guérison qui dure depuis deux ans.

Avant elle, plusieurs malades ainsi traitées ont été guéries ou très améliorées ; suivies pendant plusieurs années.

Donc, il faut pratiquer presque systématiquement la laparotomie, puis un traitement physiothérapique (héliothérapie, U.V.).

## OBSERVATION II

*Due à l'obligeance de M. le Professeur BODART*

(Inédite)

Mlle X..., 20 ans.

Entre à la clinique chirurgicale, service de M. le Professeur HAMANT, le 22 mai 1930, pour douleurs pelviennes.

Régée à 14 ans. Règles régulières, abondantes, non douloureuses, durant huit jours. Pertes jaunes depuis six mois. A 15 ans, un ictère. Grippe chaque printemps au mois d'avril qui l'arrête deux jours ; constipée chronique, restant jusqu'à dix jours sans aller à la selle.

Etourdissements fréquents, à peu près tous les jours, dus vraisemblablement à de l'hypotension.

Depuis novembre, douleur assez vive, au niveau de la fosse iliaque, à deux travers de doigt au-dessous du point de Burney, dont l'apparition concorde avec celle des pertes jaunes.

Depuis quelques jours, douleurs moins intenses à gauche.

*Examen.* — Ventre souple normal, dépressible, non tendu au toucher, les culs-de-sac sont bien dépressibles et l'on sent le long de la paroi postérieure du vagin un encombrement assez marqué de l'ampoule rectale (on pense à une appendicite et à un kyste de l'ovaire).

Le 24 mai 1930: intervention (M. Bodart). Incision latérale droite. On trouve le péritoine farci de granulations bacillaires. Kyste ovarique (du volume d'une petite mandarine) droit, adhérent à l'appendice. Des nodosités bacillaires recouvrent la séreuse de la trompe droite. On pratique l'extirpation de l'ovaire droit et de l'appendice. Conservation de la trompe.

Les suites opératoires sont simples, sans incident; cicatrisation normale de la plaie opératoire, pas de fistule.

Le 15 juin, sort de l'hôpital. Poids: 46 kilogs. Disparition des douleurs à droite et diminution des pertes.

Trois semaines après l'opération, sont réapparues et ont progressé, par petites poussées successives, des crises douloureuses pelviennes à gauche.

Le 10 août, état subfébrile, fièvre pré-menstruelle avec des règles durant six jours. A l'examen, on constate un point douloureux à la fosse iliaque gauche.

On note des petites hémorragies dans l'intervalle des règles.

La malade présente un mauvais état général, asthénie, amaigrissement, anorexie; pas de reprise de poids.

On institue un traitement récalcifiant, légère augmentation de poids.

Les phénomènes douloureux suivent un cycle, plus ou moins parallèle à celui de la fièvre prémenstruelle. Il y a des périodes de guérison apparente, suivies de nouvelles poussées pelviennes (à gauche).

Ce processus alla ultérieurement en augmentant d'étendue. Les phénomènes qui dominent le tableau clinique et qui deviennent de plus en plus manifestes sont les douleurs pelviennes (à gauche) accompagnées quelquefois de pyorrhée verte fétide.

Des ménorragies fréquentes sont suivies d'une exacerbation des douleurs et d'une asthénie plus marquée.

En juillet 1931, la malade ne désirant qu'une chose, ne plus souffrir, se présente à M. BODART, avec l'intention d'une nouvelle intervention.

Après un examen gynécologique, on pense à une poussée de pelvi-péritonite à gauche. Les annexes gauches sont sensibles mais non perceptibles au toucher. Etant donné le jeune âge de notre malade, M. BODART refuse une nouvelle intervention (qui amènerait probablement à une castration) et conseille une cure de repos et de soleil.

La malade suit une cure d'héliothérapie à la campagne, en août 1931.

Cette cure est suivie d'une légère sédation des douleurs, et d'une réapparition de l'appétit. Pendant l'hiver, appareil de Miramont.

Pendant l'été 1932, nouvelle cure héliothérapique accompagnée et suivie d'une notable diminution des douleurs. Cette diminution des douleurs persiste environ trois mois après la cure. Les règles diminuent de volume. La fièvre prémenstruelle est moins importante.

Pendant chaque été, la malade est soumise à une cure hélioclimatique. Pas de signe d'intolérance; l'exposition des téguments au soleil est, au début, limitée à une faible surface, et puis l'irradiation est progressivement étendue à toute la surface du corps.

Les poussées deviennent plus espacées et beaucoup moins douloureuses. Parallèlement, la malade suit un traitement général et médicamenteux.

Quelques nouvelles poussées en novembre 1933.

En janvier 1934, traitement par le sérum de Maragliano suivi d'une notable amélioration de l'état général. On continue par des injections du zymbil et une série de piqûres à l'allergine, qui sont suivies d'une disparition complète des phénomènes douloureux. Les pertes jaunes sont disparues. Les règles sont régulières. Appétit excellent.

La malade a été revue en décembre 1934. Elle avait repris un excellent état général. Elle a augmenté de huit kilogs. La guérison complète s'effectue peu à peu.

### OBSERVATION III

(De M. le Professeur BINET. — Inédite.)

Mlle G... Andrée, 18 ans, entre à la Clinique gynécologique (service de M. le Professeur agrégé BINET) le 22 mai 1934, pour douleurs abdominales et pertes jaunâtres.

Réglée à 14 ans, régulièrement. A 16 ans (1932), poussées douloureuses abdominales avec température, sans vomissements.

Nouvelle poussée abdominale en 1933. Rémission pendant quelques mois.

A la fin de 1933, nouvelle crise. Douleurs très vives, pas de fièvre. Au début de l'année 1934, nouvelle poussée douloureuse. Depuis ce moment, la malade présente des douleurs qui se répètent à chaque période menstruelle. Les douleurs sont exacerbées pendant la période prémenstruelle. Anémie marquée.

A l'examen: on constate une hypoplasie utérine. Le toucher révèle un empâtement léger du petit bassin.

Intervention: 23 mai 1934 (M. le Professeur BINET). Anesthésie générale. Incision de Pfannenstiel, on tombe sur un péritoine granuleux et sur des adhérences intestinales. On transforme l'incision en laparatomie verticale. Le ventre ouvert, on trouve des masses intestinales agglutinées, couvertes de granulations tuberculeuses; on arrive cependant à dégager le petit bassin et on trouve les deux annexes très adhérentes. Après les avoir sculptées en quelque sorte sous les parois voisines, on les enlève.

On fait une hémostase aussi soigneuse que possible et on referme le ventre sans drainage.

L'analyse de la tumeur (M. le Professeur HOCHÉ) révèle une tuberculose folliculaire.

Le 15 novembre 1934, la malade continue à être réglée normalement, disparition des douleurs.

Traitement complémentaire par achénothérapie artificielle. *Rayons ultra-violet*s poursuivi pendant trois mois.

Amélioration de l'état général. Evolution vers la guérison.

#### OBSERVATION IV

##### *Tuberculose annexielle*

(M. L. AUBERT, Genève.)

Soc. française de Gynécologie, 1933

Mme U... T., 28 ans, jeune femme de souche tuberculeuse. Un frère et une sœur morts de tuberculose. Pleurésie à 17 ans.

A 25 ans, en 1914, opérée pour appendicite et épiploïte tuberculeuses. Peu après son mariage, en septembre 1923, crises abdominales, douloureuses, qui se répètent en juin 1924. Régulée souvent en retard. Après une période d'aménorrhée, les règles réapparaissent le 30 janvier 1925 et sont suivies aussitôt de violentes douleurs abdominales qui se localisent à la fosse iliaque gauche, et sont accompagnées d'une fièvre élevée.

Appelé à la voir huit jours après le début des accidents, on constate une énorme tuméfaction annexielle gauche, accolée à l'utérus, s'étendant entre l'utérus, la vessie et les parois iliaques, occupant toute la fosse iliaque jusqu'en dedans de la ligne médiane. L'utérus est refoulé en arrière et à droite. Cette tumeur est fluctuante et très douloureuse, les mictions et la défécation sont douloureuses. Dans la nuit qui suit l'entrée à la clinique, l'abcès perce dans la vessie; la malade urine du pus fétide. La tumeur diminue un peu, la fièvre persiste, élevée.

En face de cette situation grave, je me décide à évacuer cet énorme abcès dont l'origine est sans doute tuberculeuse, mais maintenant infecté secondairement. Le 23 février, après *laparatomie* et protection soigneuse du péritoine, on ouvre la vaste collection adhérente à la paroi, qui occupe toute la

fosse iliaque et s'étend jusqu'au plancher pelvien. Le pus évacué, on voit le côlon sigmoïde adhérent aux annexes gauches, infiltrées, épaissies, fixées. Après toilette de la vaste poche, on explore l'utérus; sa séreuse présente des *granulations*, les annexes droites paraissent normales; on place un Mickulicz avec mèche iodoformée, et une sonde à demeure dans la vessie.

Trois jours après l'opération, il se produit une large fistule intestinale colique et durant une quinzaine de jours, une bonne partie des matières passent par la plaie abdominale. Après avoir été dans un état précaire et alarmant durant plusieurs semaines, avec température élevée et suppuration abondante; la malade va un peu mieux, la fistule vésicale s'est fermée, les urines sont redevenues claires, mais la fistule pyostercorale abdominale persiste quoique moins importante, les poussées fébriles diminuent. Il persiste cependant encore un gros empâtement dans la fosse iliaque gauche.

Dès qu'il est possible de le faire, et que la malade peut supporter le voyage, je l'adresse au docteur ROLLIER, à Leyzin, où elle fait, sous son habile direction, une cure de six mois, d'avril à septembre 1925.

A la suite de l'héliothérapie, qui fut faite en débutant par les jambes et fut appliquée seulement vers le milieu du séjour et avec beaucoup de ménagement sur l'abdomen, la fistule se tarit, la plaie se cicatrisa et l'empâtement diminua presque entièrement.

Lorsque je revis la malade à son retour, l'état général était redevenu excellent, elle était transformée, il ne persistait plus qu'une petite tuméfaction annexielle gauche un peu sensible à la pression. Elle est menstruée assez régulièrement. J'eus l'occasion de suivre cette malade durant plusieurs années; elle se plaignait de temps à autre de l'éventration consécutive à l'intervention au Mickulicz et à la longue suppuration, mais le petit empâtement de la fosse iliaque, reliquat de l'énorme abcès, ne la gênait guère.

Cette malade se décida à faire opérer son éventration et,

le 9 janvier 1929, soit quatre ans après la première opération, j'excisai sa cicatrice abdominale et reconstituai sa paroi. Je profitai de l'occasion pour donner un coup d'œil dans le bassin, après avoir réséqué de l'épiploon adhérent. Je pus constater que le péritoine était d'aspect normal. Les annexes gauches, siège de l'ancien abcès, étaient entourées d'une gangue cicatricielle d'adhérences, elles avaient l'aspect sclérosé, et formaient un petit bloc fibreux. L'utérus et les annexes droites étaient normaux. Après de pareils délabrements dus à l'agent tuberculeux et à une infection prolongée, je fus dans l'admiration de voir à quel degré de perfection la restitution de cette région du bassin s'était effectuée. Et cette restitution est due sans doute à la cure héliothérapique qui a été un triomphe dans ce cas particulier.

#### OBSERVATION V

(De MM les Docteurs CHARLES et RATIANO, Nancy.)  
Clinique chirurgicale de M. le Professeur HAMANT, 1928

Th... Lucie, 20 ans. Avait subi, en août 1927, l'appendicectomie pour des douleurs dans le côté droit. Après l'opération, elle avait d'ailleurs continué à souffrir et son chirurgien, à propos d'une crise plus douloureuse, avait même parlé de coliques hépatiques.

Au début de février 1928, à la suite d'une promenade en auto, elle fut prise de douleurs très vives avec fièvre, vomissements, traits tirés. Elle dut s'aliter et fit venir son médecin.

Vue le 13 février: l'abdomen est météorisé; il y a de la défense musculaire dans l'hypogastre. Au toucher, l'utérus semble perdu au milieu d'une masse dure, le bassin est comme plâtré; le toucher est douloureux.

On pense également à une pelvi-péritonite post-abortionum et on institue le traitement classique: repos au lit, glace sur l'hypogastre, lavements et injections d'eau chaude, vaccin Bruschettini.

Quinze jours après, le 27 février, aucune amélioration. Le météorisme est plus accentué; il y a une notable quantité d'ascite dans les flancs; le toucher donne les mêmes signes; la malade a maigri considérablement. Instruit par l'observation précédente et apprenant du médecin traitant qu'il y a très léger épanchement à la base droite, j'institue un traitement à la collobacilline.

Le 17 mars, la malade est transformée. Il n'y a plus de température: le liquide ascitique a disparu, le météorisme également; au toucher, l'utérus commence à se dégager de la gangue qui l'immobilisait; la malade commence à se lever, à manger et à reprendre ses forces. On continue les injections de collobacilline en y associant l'héliothérapie.

La malade est revue au début de mai, avant son départ pour la campagne. L'état général est aussi satisfaisant que possible et le toucher ne révèle plus rien d'anormal. On peut parler de guérison complète.

## OBSERVATION VI

Société française de Gynécologie, séance du 10 octobre 1933

Communications de M. GODLEWSKI

sur la tuberculose inflammatoire de la trompe

F..., jeune fille, 17 ans, a fait à 4 ans une fièvre prolongée de trois mois, avec ventre ballonné, qui n'a été qu'une prime infection alors non étiquetée; mère atteinte de bacillose fibreuse, à l'âge de 10 à 12 ans, poussée ganglionnaire de la région cervicale.

A 16 ans, amaigrissement, état subfébrile, fièvre pré-menstruelle, avec des règles cependant normales; apparition d'une douleur sourde, continue en bas et à droite. A l'examen, point douloureux à la fosse iliaque droite. Le toucher rectal permet de sentir une masse annexielle plongeant dans le Douglas; pas de gonococcie avouée ou reconnue.

Laparotomie en 1925, l'appendice, sain, est enlevé en passant; liquide séro-hématique dans les culs-de-sac, trompe

droite énorme, comme un petit doigt et œdématisée avec une vascularisation intense; on enlève la trompe, la guérison paraît assurée.

Un an après, troubles dyspeptiques, amaigrissement, fièvre, pleurite sèche, à la base gauche; réaction cutanée à la tuberculine positive. Devant des phénomènes obstructifs importants, nouvelle laparotomie qui permet de voir des lésions considérables de périviscérite: le côlon transverse est enserré, dans un filet nacré, qui est lui-même adhérent au péritoine pariétal. On décolle ces adhérences, dont certaines saignent abondamment; la région utérine est saine.

La malade est soumise par la suite au traitement médical, sérum de Jousset d'abord, sels d'or ensuite; le résultat obtenu est excellent; la guérison est obtenue depuis cette époque.

L'examen de lésions constatées sur la trompe et sur les adhérences sont des lésions d'inflammation chronique avec des lésions vasculaires importantes. Nous pensons qu'il s'agit d'une tuberculose à virus, ou à bacilles peu acido-résistants dont la prime infection s'est faite à 4 ans.

*Point de vue thérapeutique.* — Dans cette observation, l'intervention, couronnée d'un succès local immédiat, a été suivie au bout de quelques mois d'une récurrence aboutissant à une polysérite de même nature (périviscérite et pleurite). Dans ce cas, seul un traitement médical conduit pendant longtemps à amené la guérison. Depuis quelques années, nous appliquons à toutes les tuberculoses inflammatoires la même règle de conduite: traitement médical d'abord, le plus important, thérapeutique ordinaire par le repos, par le sérum de Jousset ensuite, qui nous a donné jusqu'à ce jour des résultats excellents.

## OBSERVATION VII

Communication de M. COLANERI (Paris)  
Société française de Gynécologie, octobre 1933

J'ai eu l'occasion d'opérer, il y a six mois, une femme de 33 ans, porteuse d'une péritonite ascitique. L'examen gyné-

cologique montrait, à droite, une trompe de la grosseur d'une mandarine, tendue et dure. A l'intervention, liquide très abondant, mais surtout le semis de granulations tuberculeuses était répandu, très serré, sur tout le péritoine pariétal, sur les côlons, le grêle, la vessie, les trompes.

Ablation de la trompe droite qui paraît être le point de départ.

Suites opératoires satisfaisantes. Malgré une héliothérapie, réapparition du liquide et surtout aggravation de l'état général, deux mois après l'opération. A ce moment, je confie la malade au docteur Paul GUÉRIN, assistant du docteur JOUSSET.

Le traitement à l'allergine a complètement changé l'évolution de la maladie. Augmentation du poids, retour des forces, reprise de l'appétit. Je compte apporter l'observation complète lorsque le temps confirmera cet heureux début de guérison.

## OBSERVATION VIII

### *Traitement conservatif de la tuberculose génitale*

(TONEFF, *Revue de Gynéc. et Obst.*, 1926. ROUSTOHOUK.)

Nous voyons, en 1915, Mlle Pétr. T..., 16 ans, qui se plaignait de douleurs hypogastriques, asthénie, aménorrhée, anorexie, hyperthermie vespérale légère. Ces troubles remontent à deux ou trois mois. Les douleurs du bas-ventre augmentaient progressivement, malgré un traitement suivi. L'état général empirait.

Réglée à 13 ans, irrégulièrement (retards), douloureuses.

Antécédents familiaux de tuberculose, pâleur, température vespérale: 38°5; pouls à 100-120.

Au poumon, respiration saccadée avec expiration prolongée. Ventre ballonné, douloureux à la palpation, avec plastron péritonéal.

Toucher rectal: utérus infantile, en rétroposition, immobile et très douloureux au toucher. Les annexes droites, infiltrées, forment une petite tumeur de la grosseur d'une noix, immo-

bile et très douloureuse à l'examen. Les annexes gauches forment une tumeur plus grande, à la grandeur d'un poignet immobile et très douloureuse.

*Diagnostic.* — Tuberculose des annexes utérines au cours d'une péritonite exsudative de la même nature.

On pratique une laparotomie et on obtient ainsi une sédation légère et temporaire des phénomènes. Quelques mois plus tard, les douleurs réapparaissent comme au début. Alors on se décide à essayer l'iode colloïdal en injection intra-musculaires.

La première injection fut bien supportée et ne fut marquée que par une ascension à 39°. Deux jours après une seconde injection amène une sédation des douleurs, mais la température se maintint à 39°. Deux jours après, une troisième injection fait diminuer les douleurs et la température descend à 38°.

Après la quatrième injection (cinq jours après), les douleurs diminuèrent considérablement et les selles devenaient régulières, l'appétit revient, température : 38°.

La cinquième injection : les douleurs ont disparu complètement, l'appétit est excellent.

A l'examen, on constate une diminution considérable des masses annexielles. L'état général s'améliore sensiblement, température : 37°5.

La malade a été revue trois mois après : les infiltrations des annexes presque complètement disparues, annexes indolores ; état général très satisfaisant : température : 37°, pouls : 90. La malade *s'est rendue au bord de la mer* pendant la saison d'été. Après ce séjour, elle s'est sentie encore mieux.

Depuis, on est resté en relations par lettres. La malade nous apprend que pendant ces dix années, elle n'a plus jamais été malade, qu'elle se porte admirablement bien, qu'elle est réglée régulièrement et qu'elle s'est mariée, il y a un an et demi.

---

## CONCLUSIONS

---

1° La tuberculose génitale est rarement une lésion primitive: Elle est, en effet, associée et secondaire aux autres foyers tuberculeux en évolution ou éteints.

2° Le mariage, la puerpéralité favorisent la localisation du bacille de Koch sur les organes génitaux. Il en est de même de la parturition et du post partum.

3° Les tuberculeuses génitales sont au point de vue anatomo-clinique très diverses et il y a lieu de distinguer les lésions à prédominance tubaire ovarienne et péritonéale.

4° La thérapeutique chirurgicale évolue actuellement vers la prudence. L'ablation des annexes paraît indiquée dans certaines formes très localisées, en particulier dans les abcès froids tubaires et dans les pyosalpinx. Par contre il y a lieu de se contenter de l'intervention minima (simple laparotomie et mise à l'air) dans les formes péritonéales avec ascite en faisant suivre la physiothérapie post opératoire.

5° On s'abstiendra de toute exérèse (intervention) dans les formes adhérentes, fibro-caséuses, formes plastiques adhésives, formes parenchymateuses de WILLARD. En effet:

a) Il y a danger immédiat, secondaire et même tardif (danger de fistulisation, généralisation tubercu-

leuse, etc.), à enlever systématiquement des lésions aussi complexes et étendues.

b) Ni l'opération radicale (qui n'est radicale que de nom) ni l'opération conservatrice ne sont capables d'amener à elles seules la guérison. L'intervention conservatrice demande à être *complétée par un traitement physiothérapique et biologique*.

6° L'actimothérapie naturelle ou artificielle apparaît comme le traitement de choix dans toutes les formes de tuberculose génitale.

7° Le traitement général, médicamenteux (iode colloïdal) et surtout biologique (tuberculinothérapie, antigène méthylique, collobaciline, sérum de Jousset, allergine), sont des adjuvants de premier ordre.

8° En cas d'échec de ces méthodes on peut recourir à la roentgenthérapie.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- AIMARD et DAUSSET. — Héliothérapie, rayons ultra-violets, 1932 (1 vol.).
- ALBERTIN. — Absès froid tubaire. *Lyon chirurgical*, nov. 1908.
- ACHARD. — La photothérapie et son application à la péritonite tuberculeuse. *Journ. de Prat.*, n° 26, 1924, p. 417.
- DELILLE (Armand) et HARTMANN. — Péritonite tuberculeuse guérie par l'héliothérapie. Soc. de Chirurgie, Paris, 19 oct. 1921, . 47, n° 26.
- AUBERT. — Congrès de Gynécologie, oct. 1933 (Tuberculose génitale), in *Revue de Gyn. et Obst.*, oct. 1933.
- Congrès de Thélassothérapie, Cannes, 1914.
- BAUGMGARTNER et BARDOU. — Cité par MOULONGUET (Congrès, 1933).
- BARTHÉLEMY. — La tuberculose génitale. Soc. de Gyn. et Obst. de Nancy, p. 541, 1924, 21 mai.
- BÉRARD. — Diagnostic et traitement de la péritonite tuberculeuse. *Bull. Méd.*, 1910, p. 549.
- Héliothérapie dans la péritonite tuberculeuse. Soc. chir. Lyon, 21 déc. 1911.
- BERNHARD. — Traitement par la lumière de la péritonite tuberculeuse. *Revue Méd. fr.*, n° 7, 1929.
- BINET et DUROCH. — Absès froids tubaires. Soc. Obst. et Gyn. Nancy, 1921, p. 697.
- La gynécologie indispensable (1 vol. à l'Expansion scientifique française, 1934).
- BLUM. — Traitement de la tuberculose génitale, in *Wiener Med Wochenschrift*, t. LXXX, 1930, p. 1045.

- BOVIS. — Cité par MOULONGUET (Congrès de Gynécologues, oct. 1933), in *Rev. de Gyn. et Obst.*, oct., p. 172.
- BRODY. — Traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière. Rapport au I<sup>er</sup> Congrès international d'Actinologie, Paris, juillet 1929. *Rev. méd. fr.*, n° 7, 1929.
- BROCQ (P.). MOULONGUET (P.) et GIBERT (P.). — Rapport sur la tuberculose utéro-annexielle. Congrès de Gyn. et Obst. de langue française, oct. 1933.
- BUFNOIR. — Héliothérapie et tuberculose péritonéale. *Journ. méd. fr.*, juillet 1923.
- CHARLES et RATIANO. — Deux cas de tuberculose génitale. Soc. de Gynéc. de Nancy; *Revue de Gynéc. et Obst.*, 1928.
- CLERICI. — Le traitement de la tuberculose de l'appareil génital de la femme, in *Gazzetta degli ospedali et delle cliniche* (Milan), an. LI, n° 15, 13 avril 1930.
- COLANERI. — Soc. franç. de Gynéc., oct. 1933, in *Revue fr. de Gynéc.*, oct. 1933.
- COTTE. — Ovarite scléro-kystique d'origine tuberculeuse. Soc. de Méd. Lyon, 17 mai 1922, in *Lyon méd.*, 1922, p. 966.
- Dysménorrhée d'origine tuberculeuse. *Gazette des Hôp.*, oct. 1909.
- CONDAMIN. — Traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. Thèse Lyon, 1929.
- COCAUD. — L'héliothérapie en gynécologie. Thèse Montpellier, 1921.
- CORDIER. — Traitement de la péritonite tuberculeuse par l'actinothérapie. *Lyon méd.*, 29 juin 1924, p. 822.
- DANIEL. — La tuberculose utéro-annexielle. *La Gynécologie*, août 1925, p. 445.
- La tuberculose génitale (1 vol., Doin, 1932).
- La physiothérapie en gynécologie (1 vol., 1930).
- DUGUET et CLAVELIN. — Traitement des péritonites tubaires rebelles, par R.U.V. *Journ. des Prat.*, 1926, p. 273.
- DUPONT (R.). — Traitement des salpingites tuberculeuses. Soc. de Méd. Paris, 14 avril 1922.

- EYMER. — Röntgenthérapie de la tuberculose annexielle. (Strahlentherapie, 1930.)
- EISSENDECK. — Tuberculose péritonéale et héliothérapie. Thèse Lille, 1933.
- EISENSTEIN et HALLOS. — Tuberculose et menstruation. Guérison de la dysménorrhée et de l'aménorrhée par la tuberculine. *Centralblatt für Gynäkol.*, 1908.
- FAURE (J.-L.). — Rapport au Congrès international de Gynécologie de Rome, 1902; traité de Gynécologie.
- FRUHHINSHOLZ et FEUILLADE. — Tuberculose annexielle et puerpéralité. *Gyn. et Obst.*, nov. 1924, p. 305.
- GAUSS. — Zur Röntgentherapie des Weiblichen genit. tub.
- GIBERT (P.). — Physiothérapie de la tuberculose utéro-annexielle. Congrès de Gyn. et Obst. de langue fr., in *Rev. de Gyn. et Obst.*, oct. 1933, p. 207.
- GODART. — Le traitement de la tuberculose péritonéale. Héliothérapie. Thèse Paris, 1912.
- GODLEWSKI. — Tuberculose inflammatoire de la trompe. Soc. fr. de Gynéc., in *Rev. franç. de Gynéc.*, oct. 1933.
- GREENBERG. — Résultat opératoire de la tuberculose annexielle. *Journ. Chir.*, 1921, p. 323.
- GRIMAULT. — Tuberculose génitale, traitement conserv. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1924, p. 294.
- GUILLEMIN. — Tuberculose de l'ovaire. Réunion Obst. et Gyn. de Nancy, 17 mars 1926.
- HAMANT. — Abcès froid tubaire bil. *Bull. Soc. de Gyn. et Obst.*, 1924, p. 69.
- HAMANT, GODART et CHALNOT. — Tuberculose génitale et post-partum. Soc. Obst. et Gyn. Nancy, 1931, p. 302.
- HARTMANN et BERGERET. — Résultat d'opération pour tuberculose annexielle. *Gyn. et Obst.*, 1920, II, p. 3.
- HEULLY. — Les suites éloignées de la tuberculose génitale. Soc. Gyn. et Obst. Nancy, 21 mai 1924.
- JAMESON (E.). — Tuberculose annexielle et rayons X. *Amer. Journ. of Obst.*, févr. 1924, p. 17.

- JOVIN. — Traitementue radiotherapic al tuberculozei utéro-annexiale. Soc. de Gyn. de Bucarest, 22 févr. 1931.
- KELLER (Cracovie). — Traitement tuberc. annex. *Gyn. et Obst.*, 1928, p. 286.
- KERNMAUNER. — Traitement tub. ap. gén. *Wiener Klin. Woch.*, oct. 1930.
- LABBÉ. — Tuberculose annexielle méconnue. Thèse Bordeaux, 1926.
- LENORMANT et MOULONGET. — Tuberculose annexielle, *Gyn. et Obst.*, 1920, II, p. 397.
- LERICHE. — Héliothérapie. *Journ. méd. fr.*, 16 nov. 1913.
- MATHEY-CORNET. — Radiothérapie au cours des pelvi-péritonites tuberculeuses chez la femme. *Bull. Soc. Rad.*, juin 1931.
- MARTINS. — Strahlentherapie, 1926.
- MELNIKOFF. — Tuberculose génitale de la femme. *C. R. Instit. Obst. Gyn de Moscou*, 1928.
- MOCQUOT. — Tuberculose génitale de la femme. *Journ. des Prat.*, 22 janv. 1927, p. 49.
- MOUCHOTTE. — Cité par LABBÉ, in thèse Bordeaux, 1926 (Tuberculose annexielle méconnue).
- NELSON. — L'héliothérapie dans le traitement tub. gén. *Gyn. et Obst.*, II, 1926, p. 132.
- OLIVIER. — Tuberculose annexielle. Traitement. Résultats. Thèse Lyon, 1911.
- PATEL. — Rapport. Congrès de Rome, 1912. (Tuberculose génitale.)
- PATEL et OLIVIER. — De la thérapeutique chirurgicale conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle. *Revue de Gynéc. et chir. abdominale*, 1913.
- PISTALOZZA. — Tuberculose génitale de la femme. Congrès de Rome, 1912.
- PLEFFERKORN. — Traitement de la tuberculose péritonéale par l'héliothérapie. *Teuts. f. in med.*, 2 juin 1923.

- PONCET et LERICHE. — Du rôle de la tuberculose dans la production des néoformations kystiques. *Lyon chir.*, 1<sup>er</sup> janv. 1914.
- Héliothérapie. Acad., 15 oct. 1911.
- RAPPIN. — La vaccinothérapie de la tuberculose. *La vie méd.*, 20 janv. 1924.
- ROCHAT. — Traitement de la tuberculose utéro-annexielle. Congrès de Gynéc. et Obst. de langue fr., oct. 1933.
- ROLLIER. — Traitement actinothérapique. *Rev. méd. fr.*, n° 7, 1929.
- SAIDMANN. — Les rayons ultra-violet en thérapeutique. (1 vol., Doin, 1925.)
- SANTY. — Traitement de la tuberculose péritonéale. Soc. de Chir. de Lyon, 1<sup>er</sup> déc. 1927.
- SERGEANT. — Traitement de la péritonite tuberculeuse. *Journ. des Prat.*, 30 avr. 1924.
- SOLOMON. — Précis de Radiothérapie profonde, 1925.
- TÉMOIN. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Acad. de Méd.; *Bull. Soc. Chir. Paris*, 10 juillet 1923.
- TERRILLON. — Cité par MOULONGUET. Congrès Gyn., oct. 1933.
- TONEFF. — Traitement conserv. de la tuberculose génitale. *Gyn. et Obst.*, I, 1926, p. 205.
- VAN SMITH. — Salpingites tuberculeuses. Cas traités de 1896 à 1927. *Americ. Journal of Obstetr. and Gynecol.*, 1928.
- VAUTRIN. — Tuberculose ovarienne et grossesse. *Gyn. et Obst.*, 1923, I, p. 193.
- VAUTRIN. — Traitement de la tuberculose génitale. Soc. Obst. et Gyn. Nancy, 1924, p. 196.
- VANVERTS. — Deux cas d'opération conservatrice dans la tuberculose annexielle, in *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1925, p. 164.
- VILLARD. — Traitement de la tuberculose annexielle suivant ses formes anatomo-pathologiques. Soc. Chir. Lyon, 15 déc. 1927, in *Lyon chir.*, 1928, p. 246.

- VIOLET. — Tuberculose annexielle traitée par l'héliothérapie, puis par intervention conservatrice. *Lyon méd.*, 28 déc. 1928, p. 818.
- VIGNES. — Pelvi-péritonite tuberculeuse. Thèse Lyon, 1927.
- VOGT. — Traitement roentgenthérapique postopératoire de la tuberculose génitale. *Strahlentherapie*, 1921.
- WEIBEL. — Traitement de la tuberculose génitale de la femme, in Hadbau-Seitz: « Biologie and pathologie der Weiber », t. V, p. 325.
- WESSELING. — Die Röntgenbehandlung der Genit tub. *Strahlentherapie*, 1927.
- 

VU:

Nancy, le 8 Mars 1935.

*Le Président de Thèse,*

G. MICHEL.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy le 8 mars 1935.

*Le Doyen de la Faculté de Médecine,*

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 11 Mars 1935.

*Le Recteur de l'Académie,*

L. BRUNTZ,

*Président du Conseil de l'Université.*

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                       | Pages |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION .....                                                    | 7     |
| CHAPITRE PREMIER. — <i>Etiologie</i> .....                            | 10    |
| CHAPITRE II. — <i>Formes anatomiques</i> .....                        | 15    |
| CHAPITRE III. — <i>Symptomatologie</i> .....                          | 24    |
| CHAPITRE IV. — <i>Principes thérapeutiques</i> .....                  | 30    |
| CHAPITRE V. — <i>La laparotomie</i> .....                             | 40    |
| CHAPITRE VI. — <i>Physiothérapie</i> .....                            | 47    |
| CHAPITRE VII. — <i>Traitements médicamenteux et spécifiques</i> ..... | 60    |
| CHAPITRE VIII. — <i>Observations</i> .....                            | 65    |
| CONCLUSIONS .....                                                     | 77    |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                   | 79    |

---









